



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

ESTELA MACALLI ALVES
JULIANA ARAÚJO MARTINS

QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS DEPENDENTES NA QUARTA IDADE E O
ESTILO DE VIDA DO SEU CUIDADOR PRINCIPAL

FLORIANÓPOLIS

2010

**ESTELA MACALLI ALVES
JULIANA ARAÚJO MARTINS**

RELATÓRIO DE PESQUISA

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS DEPENDENTES NA QUARTA IDADE E O
ESTILO DE VIDA DO SEU CUIDADOR PRINCIPAL**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação
apresentado ao Curso de Graduação em
Enfermagem, da Universidade Federal de Santa
Catarina, para obtenção do grau de Enfermeira.

Orientadora: Prof^a Dra. Rosangela Maria Fenili

FLORIANÓPOLIS

2010

**ESTELA MACALLI ALVES
JULIANA ARAÚJO MARTINS**

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS DEPENDENTES NA QUARTA
IDADE E O ESTILO DE VIDA DO SEU CUIDADOR PRINCIPAL**

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (TCC), desenvolvido na 8ª fase, na disciplina INT 5162 – Estágio supervisionado II, requisito para integralização do referido Curso, foi julgado adequado e aprovado.

Banca Examinadora


Dra. Rosângela Maria Fenili


Msc. Juliana Balbinot Girondi


Dra. Sílvia Maria Azevedo dos Santos

Florianópolis, 01 de julho de 2010



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
ESTÁGIO SUPERVISIONADO II
Semestre: 2010.1

**PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO**

O Relatório da Pesquisa desenvolvida concomitantemente ao Estágio Supervisionado II, intitulada *Qualidade de vida de idosos dependentes na quarta idade e o estilo de vida do seu cuidador principal* pelas alunas Estela Macali Alves e Juliana Araújo Martins traz destacada contribuição para a enfermagem ao ser abordado um tema de grande importância e preocupação na área da saúde.

As alunas assumiram com responsabilidade o desafio de desenvolverem seu trabalho de conclusão de curso ao se engajarem ao estudo multicêntrico *A Dinâmica da família de idosos mais idosos: o convívio e cuidados na quarta idade – DIFAI*, desenvolvido pelas pesquisadoras do Grupo de Estudos sobre Cuidados em Saúde de Pessoas Idosas – GESPI/PEN/UFSC. Para a realização da pesquisa, e por esta fazer parte desse macro-projeto, foram utilizados vários instrumentos para a coleta de dados, após orientações quanto à aplicação dos mesmos.

Em se tratando de uma grande quantidade de dados obtidos, o espaço de tempo (4 meses) em que também desenvolveram o estágio, o processo de análise e discussão necessitou de um tempo maior. Desta forma, os resultados apresentados como formato de artigo, serão, conforme acordado com as alunas, reorganizados logo após a conclusão do curso, para a elaboração de artigos juntamente com a orientadora e pesquisadores do GESPI.

Merece destaque o envolvimento das alunas com a temática, o empenho para a obtenção da amostra, a integração com toda a equipe multiprofissional do Centro de Saúde que colaborou significativamente para o desenvolvimento da pesquisa. Da mesma forma, a relação que estabeleceram com os idosos mais idosos e seus cuidadores que aceitaram em participar da pesquisa, durante a visita domiciliar que foi a estratégia utilizada para a coleta dos dados.

Esta experiência possibilitou às alunas iniciarem o exercício do desenvolvimento de pesquisas, aprendendo e aprofundando conhecimentos na área do envelhecimento, abordando a qualidade de vida de idosos dependentes e o estilo de vida do seu cuidador e contribuindo com seus resultados para o DIFAI.


Profª. Dra. Rosângela Maria Fenili
Orientadora

AGRADECIMENTOS

Às pessoas que fortalecem nossas vidas:

A Deus, por nos ter dado força, garra e disposição para a realização deste trabalho.

Às nossas famílias, pelo amor incondicional e por nunca deixarem de acreditar nas nossas potencialidades, não poupando esforços e sempre estimulando a seguir na nossa caminhada.

À nossa orientadora Prof^a.Dr^a. Rosangela Maria Fenili, por ter nos aceitado como suas orientandas, pela forma carinhosa de nos acolher, pela sua disponibilidade e sabedoria.

À Prof^a.Dr^a. Silvia Azevedo dos Santos por dividir conhecimento e experiências.

Às nossas supervisoras no campo de estágio Kelly Maciel Silva e Milene Correa da Silva de Brida por nos receberem e sempre nos apoiarem e incentivarem na busca de nossos objetivos de forma animadora e no desenvolvimento de nossa formação.

A doutoranda Juliana Balbinot Reis Girondi por ter aceito compor a banca de avaliação, pelas sugestões e palavras amigas.

Ao grupo de pesquisa GESPI pelos momentos de encontro que permitiram o nosso crescimento acadêmico.

Às nossas colegas de turma Karen Lury Abe e Roberta Zunino pela disponibilidade e por compartilharem suas vivências e saberes.

Aos nossos amigos e namorado que compreenderam os momentos de dedicação aos estudos e nos apoiaram nesta conquista.

A todos os professores que fizeram parte de nossa trajetória e que deixaram um pouco de si.

Muito obrigada, a todos.

RESUMO

ALVES, Estela Macalli; MARTINS, Juliana Araújo. Qualidade de vida de idosos dependentes na quarta idade e o estilo de vida do seu cuidador principal, 2010. 99 pg. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

Orientadora: Dr^a. Rosangela Maria Fenili

Este relatório trata-se da Pesquisa desenvolvida como Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação de Enfermagem da UFSC e aborda a qualidade de vida de idosos dependentes na quarta idade e o estilo de vida do seu cuidador principal. A pesquisa foi realizada dentro da disciplina Estágio Supervisionado II, vivenciada por nós no Centro de Saúde – Coloninha – Florianópolis/SC, durante três meses. O estilo de vida representa o conjunto de ações cotidianas que reflete as atitudes e valores das pessoas. Estes hábitos e ações conscientes estão associados à percepção de qualidade de vida que o indivíduo traz consigo. A pesquisa teve como objetivo conhecer a qualidade de vida de idosos na quarta idade dependentes de cuidados, a dinâmica familiar, o estilo de vida e qualidade de vida do cuidador principal residentes na área de abrangência do Centro de Saúde Coloninha/Flops, no período de março a junho de 2010. É uma pesquisa de caráter exploratório descritivo, do tipo quantitativo e de natureza diagnóstico avaliativa desenvolvida com 09 pares (idoso/cuidador) utilizando os questionários de qualidade de vida Whoqol-Bref e Whoqol-Old, o questionário do perfil do familiar cuidador - QPFC, o questionário da dinâmica do funcionamento familiar - Apgar de Família e o questionário do Estilo de Vida Individual. A coleta de dados foi realizada por meio de visitas domiciliares com agendamento prévio. A maior parte da amostra dos idosos foi composta por mulheres, com idade mínima de 80 anos e máxima de 94 anos, os resultados apontaram avaliação positiva da qualidade de vida. Já na amostra dos cuidadores a maior parte foi composta por mulheres, com idade mínima de 41 anos e máxima de 75 anos, com estilo de vida regular. Pode-se concluir que é possível ter boa qualidade de vida na quarta idade e que seu cuidador principal mantém um estilo de vida regular.

Descritores: envelhecimento, idoso de 80 anos ou mais, cuidador principal, qualidade de vida e estilo de vida.

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ANG	Associação Nacional de Gerontologia
AVDs	Atividades de vida diárias
AIVDs	Atividades instrumentais de vida diárias
CS	Centro de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
DIFAI	Dinâmica da família de idosos mais idosos
DM	Diabetes Mellitus
GESPI	Grupo de Estudos sobre Cuidados em Saúde de Pessoas Idosas
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
NOAS	Normas de Operacionalização da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSF	Programa Saúde da Família
QPFC	Questionário de Perfil do Familiar Cuidador
QV	Qualidade de vida
SestatNet	O Sistema Especialista usado para o Ensino de Estatística na Web
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
VD	Visita Domiciliar

LISTA DE TABELAS

Tabela 01- Domínios, facetas e itens do Whoqol-Bref	29
Tabela 02- Método de Conversão de escores por domínios do Whoqol-Bref.....	31
Tabela 03- Facetas, conceitos e itens das facetas do Whoqol-Old.....	32
Tabela 04- Características sócio-demográficas dos idosos do estudo	40
Tabela 05- Diagnósticos médicos, problemas ou queixas de saúde dos idosos.....	42
Tabela 06- Características sócio-demográficas dos cuidadores.....	44
Tabela 07- Domínios do Whoqol-Bref do idoso.....	47
Tabela 08- Domínios do Whoqol-Old dos idosos.....	50
Tabela 09- Domínios do Apgar de família dos idosos.....	53
Tabela 10 Domínios do Whoqol-Bref do cuidador.	55
Tabela 11- Componentes do estilo de vida individual do cuidador.....	58
Tabela 12- Avaliação do estilo de vida individual do cuidador com base no pentágulo do bem estar - base conceitual para avaliação de estilo de vida de indivíduos ou grupos (NAHAS, 2000).....	62

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. OBJETIVOS.....	15
2.1 OBJETIVO GERAL.....	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
3. JUSTIFICATIVA.....	15
4. REVISÃO DA LITERATURA.....	16
4.1 A PROBLEMÁTICA DO ENVELHECIMENTO NO BRASIL (Dados demográficos e Epidemiológicos).....	16
4.2 FAMÍLIA/ CUIDADOR.....	17
4.3 QUALIDADE DE VIDA (QV).....	20
4.4 ESTILO DE VIDA DO CUIDADOR.....	21
4.5 POLÍTICAS PÚBLICAS/ IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO AO BINÔMIO IDOSO/FAMÍLIAR CUIDADOR/PAPEL DA ENFERMAGEM	23
5. METODOLOGIA.....	25
5.1 O CONTEXTO DA PESQUISA.....	26
5.2 SUJEITOS E AMOSTRA DA PESQUISA.....	27
5.3 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	28
5.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	28
5.5 CUIDADOS ÉTICOS E LEGAIS.....	33
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO (Manuscrito).....	33
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO.....	64
REFERÊNCIAS.....	66
APÊNDICES.....	73
ANEXOS.....	75

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 para que toda a população brasileira tenha acesso ao atendimento público de saúde. Anteriormente, a assistência médica estava a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), ficando restrita aos empregados que contribuíssem com a previdência social. As demais pessoas eram atendidas apenas em serviços filantrópicos. O SUS engloba os três níveis de atenção à saúde: primária, secundária e terciária, e dele fazem parte os centros de saúde, hospitais - incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros (bancos de sangue), os serviços de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, além de fundações e institutos de pesquisa. (BRASIL, 2008)

Por meio do Sistema Único de Saúde, todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nos Centros de Saúde vinculados a ele, sejam públicas (da esfera municipal, estadual e federal) ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde. (BRASIL, 2008)

Segundo o Ministério da Saúde (2008), o SUS tem como princípios doutrinários a universalidade de acesso, a equidade na assistência à saúde e a integralidade da assistência e como princípios organizativos a regionalização e hierarquização, a descentralização político-administrativa, a participação popular e a complementação do setor privado.

Conforme Brasil (2008), a Atenção Básica (AB), como primeiro nível de atenção do SUS, caracteriza-se por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e visa à manutenção da saúde.

A saúde da família é a estratégia para organização da Atenção Básica no SUS. Essa estratégia propõe a reorganização das práticas de saúde que leve em conta a necessidade de adequar as ações e serviços à realidade da população em cada unidade territorial, definida em função das características sociais, epidemiológicas e sanitárias. A Estratégia de Saúde da Família busca uma prática de saúde que garanta a promoção à saúde, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a prevenção e, em especial, a responsabilização pela saúde da população, com ações permanentes de vigilância em saúde (BRASIL, 2008).

Desta forma, segundo o caderno 21 do ministério da saúde a estratégia de saúde da família deve envolver ações e serviços que atuem sobre os determinantes do adoecer e que vão além dos centros de saúde, com o objetivo de promover a qualidade de vida, reduzir a vulnerabilidade, riscos à saúde, responsabilizando-se por todos os usuários adscritos a um determinado território, sejam estes crianças, jovens, adultos ou idosos.

Assim sendo, em todo território mundial, inclusive nos países em desenvolvimento cogita-se, com muita frequência, as questões referentes ao envelhecimento, haja vista que a população está envelhecendo em ritmo acelerado, apresentando demandas e necessidades no campo da saúde. Nos últimos anos, cerca de um milhão de pessoas cruzaram a barreira dos 60 anos, provocando mudanças importantes na estrutura etária das populações em praticamente todos os países (ROCHA, et. al., 2008).

O envelhecimento populacional é um conceito que mede a proporção de pessoas idosas na população. Evidentemente a longevidade contribui para o envelhecimento, mas o que mais influencia é a redução da fecundidade, pois o nascimento de menos crianças faz com que a base da pirâmide etária se estreite, enquanto a alta proporção de crianças que nasceram no passado vão se tornando adultos e, posteriormente, idosos. Estas mudanças são chamadas de transição da estrutura etária (ALVES, 2009).

O Brasil está passando por um processo de envelhecimento populacional em decorrência do aumento da longevidade e da queda das taxas de fecundidade. A longevidade média da população mundial e brasileira cresceu muito durante o século XX. É cada vez maior o número de pessoas vivendo acima dos 100 anos de idade. Com novas tecnologias e avanços médicos a tendência é de aumento progressivo na longevidade humana. Quanto mais longa, mais envelhecida é a pessoa. Desta forma, com a população idosa crescendo em ritmo superior ao dos outros grupos etários, o envelhecimento populacional brasileiro é inevitável (ALVES, 2009).

Ainda que a velhice e a condição de longevidade não sejam sinônimos de doença e dependência, o crescimento da população idosa leva ao aumento do número de pessoas com doenças crônicas que tendem a ocasionar complicações e seqüelas que comprometem a independência e autonomia, aumentam as debilidades físicas e emocionais, ou seja, tornando os idosos frágeis. Assim, de acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) a fragilidade constitui-se em uma síndrome multidimensional envolvendo uma interação

complexa dos fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso de vida individual, que culmina com um estado de maior vulnerabilidade, associado ao maior risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos. Estima-se que de 10 a 25% das pessoas acima dos 65 anos e 46% acima dos 85 anos que vivem na comunidade sejam frágeis, conferindo-lhes alto risco para desfechos clínicos adversos (BRASIL, 2006).

Por outro lado, pode-se salientar que fragilidade é um fenômeno clínico distinto do envelhecimento, com potencial para reversibilidade por meio de intervenções. O conceito atribuído ao idoso de "ser frágil" foi sendo gradativamente substituído pela condição de "tornar-se" frágil, levando-o, muitas vezes a depender de um cuidador, seja por parte da sociedade, dos profissionais de saúde e principalmente da família (BRASIL, 2006).

Segundo Rocha, et. al. (2008), na maioria dos casos de pessoas idosas dependentes, a demanda por cuidados é assumida pela família, em consequência, há a necessidade freqüente de se recorrer à assistência profissional de saúde para apoio aos familiares. O Sistema Público de Saúde do Brasil, entretanto, ainda não fornece o suporte adequado ao idoso que adoece nem à família que dele cuida.

No contexto da atenção domiciliar os cuidadores são em sua maioria informais, geralmente é um integrante da família que adota o papel de cuidador do idoso assumindo, assim, a responsabilidade pela prestação de cuidados no domicílio (ROCHA, et. al., 2008).

O cuidador principal trata-se da pessoa que chama a si a incumbência de realizar as tarefas para as quais o idoso dependente para o cuidado não tem mais possibilidade e responsabiliza-se por elas; tarefas estas essenciais à vida, geralmente sem contar com a ajuda de outro membro da família ou de outro profissional. Existem fatores que na maioria das vezes estão presentes na designação da pessoa que, preferencialmente, assume os cuidados pessoais ao idoso, são eles: parentesco (cônjuges); gênero (principalmente, mulher); proximidade física (vive junto) e proximidade afetiva (conjugal, pais e filhos) (KARSCH, 2003).

Já a denominação do cuidador secundário, segundo o Karsch, 2003, é atribuída àquele que cuida ocasionalmente do idoso, podendo ser outros familiares, amigos, vizinhos e pessoas da comunidade que podem auxiliar em atividades complementares.

Karsh (2003) corrobora que por motivos vários, como a redução de custo da assistência hospitalar e institucional aos idosos dependentes, a atual tendência, em muitos países e no

Brasil, é indicar a permanência dos idosos em suas casas sob os cuidados de sua família, levando em consideração que o domicílio constitui-se no melhor local para o idoso envelhecer. Permanecer junto à família representa a possibilidade de garantir a autonomia e preservar sua identidade e dignidade.

Portanto, é necessário que, além de se conhecerem as necessidades de cuidado da pessoa dependente, também se conheça a situação dessas famílias: suas demandas, suas crenças, seus valores e suas práticas socioculturais. O conhecimento do perfil dos cuidadores e de suas dificuldades no processo de cuidar permite, aos profissionais da saúde, planejar e implantar políticas e programas públicos de suporte social à família, voltados à realidade do cuidador (ROCHA, et. al., 2008).

O cuidador deverá também receber atenção à sua saúde pessoal, considerando-se que a atividade de cuidar de um adulto dependente é desgastante e implica em riscos à saúde do cuidador. As atividades desenvolvidas pelo cuidador podem levá-lo a desequilíbrios psicológicos e físicos, passando ele a apresentar vários sentimentos como angústia, sentimento de culpa, inversão de papéis, ira e agressividade. Podendo, ainda, os familiares sentirem-se limitados, com sentimentos de desespero, raiva e frustração que se alternam com a culpa de não estar fazendo o bastante por um parente amado (SANTANA, et. al., 2009).

Nesse sentido, as mudanças ocorridas na vida dos cuidadores atingem seus sentimentos, o dia-a-dia e suas atividades que são significativamente alteradas. Alguns familiares distanciam-se da vida sociofamiliar à medida que a doença progride. Há uma sobrecarga emocional e de atividades gerando uma transformação na vida daquele que se compromete a assumir a tarefa de cuidador (SANTANA, et al., 2009).

Rocha, et. al., 2008 afirma que o cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Representa uma atitude de ocupação, de preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. O cuidado perpassa toda a existência humana com ressonâncias em diversas atitudes importantes.

A percepção do cuidador de estar se sacrificando gera um sentimento de estar cumprindo com sua obrigação, o que torna o cuidado gratificante. Cuidar do seu idoso fragilizado como missão, proporciona sentimentos de gratidão, de reciprocidade e comprometimento entre as gerações. O cuidar de alguém ou de alguma coisa é um sentimento inerente ao ser humano, ou seja, é natural da espécie humana, pois faz parte da luta pela

sobrevivência e também do cotidiano dos cuidadores informais de idosos (ROCHA, et al., 2008).

Por outro lado, Freitas, et. al., (2006) coloca que a tarefa de cuidar pode trazer benefícios ou resultados positivos, tais como: satisfação, melhora no senso de realização, aumento de sentimento de orgulho e habilidade para enfrentar novos desafios, melhora no relacionamento com o idoso, retribuição, entre outros. Entretanto, o que prevalece é a sobrecarga ou ônus advindo do estresse emocional, do desgaste físico, de problemas de saúde, das limitações para as atividades de trabalho e lazer, além de conflitos familiares, incertezas e insegurança quanto ao trabalho realizado.

O cuidador familiar de idosos precisa ser alvo de orientação de como proceder nas situações mais difíceis e receber em casa periódicas visitas multidisciplinares e também participar de ações de supervisão e capacitação, como participação em encontros para cuidadores. Este apoio é fundamental em especial quando se trata de um casal de idosos, em que o cônjuge assume os cuidados do outro que foi acometido por uma súbita e grave doença incapacitante, mas que também apresenta várias comorbidades. (KARSCH, 2003).

Segundo Rocha, et. al., (2008), os cuidadores estão em condições de sobrecarga de trabalho e vivenciam situações de conflito em seu ambiente familiar que contribuem para o seu adoecimento, assim cabe aos profissionais de saúde propor políticas e implantar programas de suporte social à família, voltados para a realidade desses cuidadores.

Para Rocha, et. al., (2008), os profissionais de saúde devem oferecer aos cuidadores as orientações necessárias ao cuidado, principalmente em relação às pessoas portadoras de doenças crônico-degenerativas de quem estão cuidando. Devem, ainda, proporcionar atenção à saúde dos cuidadores, considerando que a atividade de cuidar de um idoso dependente é desgastante e implica riscos à saúde.

Assim, ao proporcionarmos orientações que permitam a esses cuidadores conhecimento e habilidades aplicáveis à sua realidade cotidiana, também estimulamos a adaptação de mecanismos reguladores de enfrentamento necessários ao ato de cuidar de um idoso dependente (SANTANA, et al., 2009).

Deste modo, o propósito desta pesquisa foi responder a seguinte questão de pesquisa:

Como é a qualidade de vida de idosos na quarta idade dependentes de cuidados, a dinâmica familiar, o estilo e qualidade de vida do cuidador familiar?

Neste contexto o foco principal desta pesquisa é a população idosa acima dos 80 anos de idade, os cuidadores de idosos dependentes e sua família, e se delimita aos dados do território adscrito de um Centro de Saúde (CS) de Florianópolis/SC.

A presente pesquisa faz parte de um estudo multicêntrico do Grupo de Estudos sobre Cuidados em Saúde de Pessoas Idosas (GESPI/UFSC), intitulado: A Dinâmica da família de idosos mais idosos: o convívio e cuidados na quarta idade (DIFAI).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral: Conhecer a qualidade de vida de idosos na quarta idade dependentes de cuidados, a dinâmica familiar, o estilo de vida e qualidade de vida do cuidador principal residentes na área de abrangência de um Centro de Saúde (CS) de Florianópolis/SC.

2.2 Objetivos específicos:

- Averiguar a qualidade de vida de idosos na quarta idade dependente de cuidados;
- Conhecer a dinâmica familiar na perspectiva do idoso na quarta idade dependente de cuidados;
- Levantar o perfil do familiar cuidador de idosos na quarta idade dependente de cuidados;
- Verificar o estilo de vida do familiar cuidador;
- Conhecer, a partir da perspectiva do cuidador principal do idoso, como é o seu estilo de vida;
- Conhecer a qualidade de vida do idoso mais idoso e de seu cuidador familiar a partir da perspectiva dos mesmos;

3. JUSTIFICATIVA

- Envelhecimento da população aumentando assim o número de indivíduos com doenças crônico-degenerativas que podem levar a dependência do cuidado;
- Déficit no cuidado de si por parte dos cuidadores;
- Falta de políticas públicas voltadas para o cuidador.

4. REVISÃO DA LITERATURA

4.1 A PROBLEMÁTICA DO ENVELHECIMENTO NO BRASIL (Dados demográficos e Epidemiológicos)

A longevidade adquirida por meio de melhor qualidade de vida da população, urbanização adequada das cidades, melhoria alimentar e da higiene pessoal, melhores condições sanitárias em geral e, particularmente, condições ambientais no trabalho e nas moradias muito melhores que antigamente, vem proporcionando o envelhecimento da população brasileira (LIMA; ALVES, 2009).

A OMS classifica cronologicamente como idosos as pessoas com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento.

O Brasil antes era conhecido como um país jovem, e se pensava que a problemática do envelhecimento era uma coisa distante, pertencente apenas em países desenvolvidos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) entre 1950 a 2025 a população brasileira de idosos crescerá 16 vezes, enquanto que a população total crescerá cinco vezes. Com isso é provável que em 2025 o Brasil tenha a sexta maior população idosa do mundo, com aproximadamente 32 milhões de pessoas pertencentes a esse grupo etário (LIMA; ALVES, 2009)

Devido ao exposto acima, é importante ressaltar que tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, esta aumentando o número de pessoas com 80 anos ou mais. Nessa fase da vida, é comum o aparecimento de duas ou mais doenças, o que exige mais cuidados por parte dos familiares, mais atenção social e mais serviços de saúde, particularmente eficiente (FREITAS, et. al., 2006).

Neste sentido, a fragilidade, comorbidade e incapacidade são condições clínicas distintas embora possam ocorrer simultaneamente. Comorbidade é a presença simultânea de duas ou mais doenças identificadas a partir de diagnóstico médico, com base em critérios firmemente estabelecidos. Incapacidade refere-se à dificuldade e à necessidade de auxílio para o desempenho das atividades cotidianas. Tais condições representam respostas ou conseqüências da síndrome de fragilidade (BRASIL, 2006).

Idosos frágeis são aqueles que sofreram um declínio funcional em consequência da combinação de efeitos da doença e idade. A fragilidade tem alta prevalência com o envelhecimento (entre 10 a 25 % acima de 65 anos e 46% dos idosos acima dos 85 anos que vivem na comunidade) (FREITAS, et. al., 2006).

Os marcadores de fragilidade incluem declínios associados ao envelhecimento na massa corporal magra, força, resistência, equilíbrio, capacidade de marcha e pouca atividade, sendo que múltiplos componentes devem estar presentes para constituir a fragilidade (FREITAS, et. al., 2006).

Os critérios utilizados para a definição de fragilidade podem ser classificados em três grupos: 1) dependência nas atividades de vida diárias (AVDs) e nas atividades instrumentais de vida diárias (AIVDs); 2) vulnerabilidade aos estressores ambientais, as patologias e as quedas; 3) estados patológicos agudos e crônicos (FREITAS, et. al., 2006).

Nesse contexto, pode-se salientar que as principais morbidades de idosos residentes na comunidade que trazem grande impacto sobre a família são a demência, as quedas, osteoporose, incontinência e depressão (FREITAS, et. al., 2006).

Essa conjuntura acarreta um grande desafio para o setor de saúde que sofre um grande impacto, porque o envelhecimento vem acontecendo muito rápido e sem que tenha ocorrido previamente, uma sustentável melhoria das condições de vida da população. A partir disso, surge então a necessidade de os profissionais de saúde colocar em prática as políticas públicas voltadas à pessoa idosa.

4.2 FAMÍLIA/ CUIDADOR FAMILIAR

Ao longo do século XX as dificuldades econômicas, a ambição de ascender socialmente, a liberação da mulher, a urbanização e as migrações motivaram o enfraquecimento dos vínculos familiares e a redução do número de seus membros. Ocorreu um afastamento emocional, intelectual e mesmo físico entre as gerações, com uma evidente ação centrípeta do ambiente sobre o núcleo familiar. Por tudo isso, o que resulta da família menor, do aumento da mão de obra feminina e do aumento da longevidade é a fragilização da família enquanto instituição social de cuidado aos idosos (FREITAS, et. al., 2006).

Entretanto, atualmente o cuidador responsável ainda se configura, na maioria das vezes, como sendo um familiar próximo, e mais raramente parente próximo ou amigos. O estudo das famílias dos pacientes dependentes mostra que a escolha do cuidador não costuma ser ao acaso e que a opção pelos cuidados nem sempre é do cuidador, mas, muitas vezes, expressão de um desejo do paciente, ou falta de outra opção. Podendo, também, ocorrer de um modo inesperado para um familiar que, ao se sentir responsável, assume este cuidado mesmo não se reconhecendo como um cuidador (TEIXEIRA, 2005).

Nesse contexto conceitua-se o cuidar como uma atitude e característica primeira do ser humano, o cuidado revela a natureza humana e a maneira mais concreta de ser humano. Sem o cuidado, o homem deixa de ser humano, desestrutura-se, definha, perde o sentido e morre (DAMAS, et. al., 2004).

Segundo o mesmo autor o cuidado apenas aparece quando a existência de alguém adquire significado para nós. Nesse sentido, passamos a cuidar e participar do destino do outro, de suas buscas, sofrimentos e sucessos. Cuidamos porque queremos ser mais felizes, plenos e para alcançarmos a felicidade é fundamental que cuidemos bem de nós mesmos e dos outros.

O cuidador é aquele que dirige seus cuidados a indivíduos com necessidades e demandas de atenção no domicílio. Já ao realizar um estudo sobre o cuidador e a qualidade de vida, Leitão e Almeida (2000, p. 80) afirmam que “o cuidador é quem assume a responsabilidade de cuidar, dar suporte ou assistir alguma necessidade da pessoa cuidada, visando à melhoria de sua saúde”.

O cuidador domiciliar é aquele que possui vínculos de parentesco com o paciente. Já o cuidador principal é definido como aquele que tem maior responsabilidade pelos cuidados ao paciente e o cuidador secundário como aquele que realiza atividades complementares (VILAÇA, et. al., 2005).

Existe ainda o cuidador formal, um profissional preparado em uma instituição de ensino para prestar cuidados no domicílio segundo as necessidades específicas do cliente e o cuidador informal, um membro da família ou da comunidade que presta cuidado de forma parcial ou integral aos idosos com déficit de autocuidado (VILAÇA, et. al., 2005).

Contudo o cuidador principal trata-se da pessoa que chama a si a incumbência de realizar as tarefas para as quais o idoso dependente para o cuidado não tem mais possibilidade

e responsabiliza-se por elas; tarefas estas essenciais à vida, geralmente sem contar com a ajuda de outro membro da família ou de outro profissional. Existem fatores que geralmente estão presentes na designação da pessoa que, preferencialmente, assume os cuidados pessoais ao idoso, são eles: parentesco (cônjuges); gênero (principalmente, mulher); proximidade física (vive junto) e proximidade afetiva (conjugal, pais e filhos). Já a denominação do cuidador secundário é atribuída àquele que cuida ocasionalmente do idoso, podendo ser outros familiares, amigos, vizinhos e pessoas da comunidade que podem auxiliar em atividades complementares (KARSCH, 2003).

Cuidar também pode levar ao estresse pela necessidade de realizar atividades que estão acima das condições físicas e mentais do cuidador. Isto especialmente clama pela orientação dos profissionais de enfermagem e dos profissionais do cuidado de modo inerente (VILAÇA, et. al., 2005).

A sobrecarga emocional vivenciada pelo cuidador pode interferir no cuidado prestado ao paciente, sendo inclusive fator preditor de maior número de hospitalizações entre os pacientes, aumento de institucionalizações e maior mortalidade entre os cuidadores (CASSIS, et. al., 2009).

O fardo do cuidar não está associado apenas às alterações de comportamento do paciente, mas também com a reduzida disponibilidade de suporte social, disfunção ou dificuldade do paciente na realização de tarefas rotineiras, insatisfação do cuidador com a assistência recebida de parentes ou amigos. E também pode estar associado às horas necessárias para o cuidado diário quando o nível de adaptabilidade do cuidador é baixo e a relação pré-morbida da dupla paciente/cuidador é insatisfatória (VILAÇA, et. al., 2005).

A sobrecarga física e emocional, a falta de tempo para si, os conflitos familiares associados ao exercício do papel de cuidador e os conflitos de interesse que se estabelecem entre o cuidar e os papéis profissionais e familiares podem causar efeitos deletérios sobre a saúde e o bem estar subjetivo dos cuidadores (FREITAS, et. al., 2006).

A experiência de assumir a responsabilidade por idosos dependentes tem sido colocada pelos cuidadores familiares, muitas vezes, como uma tarefa exaustiva e estressante, pelo envolvimento afetivo e por ocorrer uma transformação de uma relação anterior de reciprocidade para uma relação de dependência, em que o cuidador, ao desempenhar atividades relacionadas ao bem-estar físico e psicossocial do idoso, passa a ter restrições em relação à sua própria vida (FERNANDES; GARCIA, 2009).

Nesse ínterim, com o passar do tempo o cuidador apresenta déficits na saúde física e no auto cuidado tais como: cansaço, distúrbios do sono, aparecimento de cefaléias, perda de peso e hipertensão. Alguns fatores limitantes da vida social do cuidador podem ser levados em consideração como: a sobrecarga de atividades; a própria perda do companheiro em atividades sociais; os distúrbios comportamentais; as mudanças nos relacionamentos familiares e no círculo de amizades e a relutância por suporte (BOCCHI, 2004).

As pesquisas que exploram a sobrecarga em familiares cuidadores de pessoas dependentes relatam que a mesma está associada a riscos de ruptura da integridade familiar e da qualidade de vida, tanto sob o aspecto familiar como do paciente. Em promessa de desempenharem o papel de cuidadores, os familiares acabam por experienciar a sobrecarga que, se excessiva, pode levá-los ao fracasso ou interrupção no suporte oferecido aos pacientes (BOCCHI, 2004).

4.3 QUALIDADE DE VIDA (QV)

A definição de qualidade de vida segundo a OMS é a percepção do indivíduo quanto a sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive, levando em conta suas metas, expectativas, padrões e reocupações. A qualidade de vida é afetada pela interação entre a saúde, o estado mental, a espiritualidade, os relacionamentos do indivíduo e os elementos do ambiente (MINAYO, et. al., 2000).

Para Torres, 2009 a QV é um conceito subjetivo e está relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos, como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com as atividades diárias e o ambiente em que se vive.

Para Torres, 2009 a Qualidade de Vida (QV) na terceira idade tem sido motivo de amplas discussões em todo o mundo, pois existe atualmente uma grande preocupação em preservar a saúde e o bem-estar global dessa parcela da população para que tenham um envelhecer com dignidade.

Para avaliar a QV do idoso tem-se que considerar os determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice como: longevidade, saúde, satisfação, controle cognitivo, atividade, renda, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos (TORRES, 2009).

Adultos jovens avaliam mais negativamente sua qualidade de vida do que os idosos. Uma explicação para isso é que talvez os jovens sejam mais exigentes porque têm mais acesso a facilidades do que os mais velhos tiveram na mesma idade, o que faz com que valorizem mais o prazer e a satisfação pessoal do que os idosos. Os idosos ajustam as suas metas aos seus recursos e competências e assim têm expectativas mais baixas de alcance de realizações e prazer do que os jovens (MINAYO, et. al., 2000).

Contudo, envelhecer com qualidade de vida e bem estar é uma dádiva ainda de poucos idosos. Somente envelhecer não é suficiente, viver mais é importante desde que se consiga agregar qualidade aos anos adicionais de vida (LIMA; ALVES, 2009).

4.4 ESTILO DE VIDA DO CUIDADOR

Segundo Nahas (2000), Estilo de Vida, é o conjunto de ações cotidianas que reflete as atitudes e valores das pessoas. Estes hábitos e ações conscientes estão associados à percepção de qualidade de vida do indivíduo. Os componentes do estilo de vida podem mudar ao longo dos anos, mas isso só acontece se a pessoa conscientemente enxergar algum valor em algum comportamento que deva incluir ou excluir, além de perceber-se como capaz de realizar as mudanças pretendidas.

Para Nahas (2000) o prazer, a alegria de viver, a satisfação pessoal e as amizades, são fatores em nossas vidas que certamente antecedem e superam a preocupação com a longevidade, e precisam ser continuamente cultivados para que uma vida mais longa tenha sentido.

Estudos do comportamento humano têm revelado que o conhecimento sobre as influências do estilo de vida à saúde está relacionado com as decisões e atitudes tomadas pelo indivíduo. Acredita-se que o primeiro passo para que haja mudança no estilo de vida apresentado é a sensibilização de quais atitudes são saudáveis e que essas podem ser assumidas por todos (NAHAS, 2000).

A cultura, os hábitos adquiridos no âmbito familiar e social influenciam o estilo de vida que é assumido por um indivíduo ou comunidade. No entanto, o conhecimento acumulado sobre os fatores determinantes para uma vida saudável contribui de forma imprescindível na mudança de comportamento e em uma atitude pró-ativa diante desta realidade. Acredita-se que atividade física regular, alimentação equilibrada e variada, boas relações sociais, assim como manutenção de comportamentos preventivos e controle de estresse sejam importantes para manter um estilo de vida saudável e equilibrado (SANTANA, et. al., 2009).

Neste sentido é importante salientar que a não adesão a comportamentos de promoção à saúde pelo cuidador merece atenção especial dos serviços e profissionais de saúde, pois a sua competência para prover cuidados pode ser determinada por sua capacidade de cuidar de si primeiro (FERNANDES; GARCIA, 2009).

O cuidador precisa ser alvo de orientação de como proceder nas situações mais difíceis e receber em casa visitas periódicas da equipe multidisciplinar. O apoio dos profissionais é fundamental para ajudar o cuidador a lidar com a grande mudança em seu estilo de vida, já que além de ser responsável pelo seu bem-estar passa a responsabilizar-se pelo indivíduo doente (VILAÇA, et. al., 2005).

Um dos instrumentos utilizados pelo enfermeiro para intervir no processo de cuidado informal é a Visita Domiciliar (VD). Esta possibilita observar e registrar as atividades das famílias proporcionando oportunidades de planejar e promover uma assistência que estimule o desenvolvimento do autocuidado de acordo com sua própria realidade, tornando-as mais independentes dos serviços de saúde. Além disso, este método faz com que este profissional conheça melhor o indivíduo dentro do seu verdadeiro contexto ou meio ambiente, que é caracterizado pelas condições de habitação, higiene, saneamento básico e pelas relações sócio-afetivas entre os vários membros da família. Estes são fatores importantes a serem identificados pelo enfermeiro para a prestação de uma assistência integral à saúde, além de proporcionar um melhor relacionamento do profissional com a família, assegurando uma prática menos formal, buscando terapias e formas alternativas favorecidas, às vezes, pelo próprio meio ambiente dos familiares (VILAÇA, et. al., 2005).

Considerando essa realidade, ressaltamos a necessidade de estudos que subsidiem o conhecimento da problemática enfrentada pelo cuidador familiar que, no seu cotidiano, quase

sem nenhum suporte social formal, vem prestando os cuidados que a situação de dependência do idoso exige (FERNANDES; GARCIA, 2009).

4.5 POLÍTICAS PÚBLICAS/ IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO AO BINÔMIO IDOSO/FAMILIAR CUIDADOR/PAPEL DA ENFERMAGEM

Envelhecer num país com tantos problemas sociais, econômicos e estruturais a resolver constitui-se em grande desafio para os indivíduos, para o conjunto da sociedade e para o governo, no sentido de oferecer condição qualificada para o prolongamento da vida (FREITAS, et. al., 2006).

Em 1994, no dia 4 de janeiro, surgiu a primeira lei de política pública para os idosos. A Lei 8.842 dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Em 1999 surgiu a Política Nacional de Saúde do Idoso que tem como principais diretrizes a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde do idoso, a capacitação de recursos humanos especializados, a reabilitação e apoio à pesquisa e estudos nessa área (LIMA; ALVES, 2009).

A sanção da Lei N° 10.741/03, que dispõem sobre o Estatuto, que como o próprio nome diz, é uma coleção de normas que, além de regular as relações sociais relativas aos idosos, garante e reafirma seus direitos sociais e avança no sentido de penalizar as diferentes frentes sociais - entidades, estado e família -, quando estes direitos não são observados e/ou cumpridos, é um mecanismo importante para tentarmos derrubar obstáculos (SILVA, 2003).

Segundo o Estatuto do idoso é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público, o direito a vida, a saúde, a alimentação, a educação, a cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, a cidadania, a liberdade, a dignidade, ao respeito e a convivência familiar e comunitária (FREITAS, et. al., 2006).

O Pacto pela Vida de 2006 determina que devam ser seguidas algumas diretrizes norteadoras de suas ações em relação aos idosos como: estímulo às ações intersetoriais, implantação de serviços de atenção domiciliária, promoção do envelhecimento saudável, atenção integrada e integral a saúde da pessoa idosa, fortalecimento da participação social, acolhimento preferencial em unidades de saúde, provimento de recursos capazes de assegurar

a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa e divulgação e informação sobre a PNSPI para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS (BRASIL, 2006).

Freitas, et. al., (2006) acreditam que a visibilidade requerida pelos idosos já foi atingida. O que devemos propugnar daqui para frente é a criação de programas, cujas ações atendam com efetividade às necessidades e complexidade das etapas sucessivas do envelhecer. Será necessário investir em pelo menos duas frentes: desenvolver alternativas de assistência e gerar conhecimentos que sejam inovadores e traga novas respostas à demanda dos idosos.

Para a grande maioria dos idosos brasileiros há disponibilidade de atendimento prestado pelo SUS, pelos programas de Política Nacional de Saúde do Idoso: vacinação e cirurgias de catarata e de próstata, a ESF, que atinge também o idoso (mas não está implantado ainda em todos os municípios); palestras nos grupos de convivência, nas universidades abertas a terceira idade, nos centros de convivência entre outros, proferidas por profissionais da saúde, orientando e estimulando os idosos a cuidarem de sua saúde física e mental (FREITAS, et. al., 2006).

Para Lima e Alves (2009) ações de promoção da saúde antes da criação da ESF estavam quase que limitadas exclusivamente ao âmbito hospitalar. Atualmente essas ações migraram para os ambientes comunitários. Os idosos podem beneficiar-se ao máximo das ações de promoção da saúde desenvolvidas pelos enfermeiros do ESF, que os ajudam a manter a sua independência e um envelhecimento saudável, melhorando assim sua qualidade de vida.

A ESF é hoje dita como estratégia principal de organização da atenção básica no Brasil. Ações de proteção, promoção, recuperação da saúde e prevenção de doenças são desenvolvidas com enfoque multiprofissional. Entre os integrantes da equipe está o profissional de enfermagem, que tem uma grande responsabilidade na promoção da saúde do idoso. O enfermeiro deve promover a saúde dos indivíduos pertencentes a qualquer faixa etária. Pode-se afirmar que a promoção da saúde começa antes do nascimento estendo-se até a velhice (LIMA; ALVES, 2009).

Apesar de um grande número de idosos apresentarem uma ou mais doenças crônicas e exibirem limitações em suas atividades; a promoção da saúde apresenta-se de forma positiva, uma vez que os idosos apresentam ganhos significativos para sua saúde. Essas limitações e incapacidades não podem ser eliminadas, contudo, os idosos podem beneficiar-se ao máximo das ações de promoção da saúde desenvolvidas pelos enfermeiros da ESF, que os ajudam a

manter a sua independência e um envelhecimento saudável, melhorando assim sua qualidade de vida (LIMA; ALVES, 2009).

5. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório descritivo, do tipo quantitativo e de natureza diagnóstico avaliativa seguindo as mesmas orientações previstas no projeto maior (DIFAI) de onde se origina a presente pesquisa.

Triviños (1995) classifica o trabalho de pesquisa em dois grandes grupos: o quantitativo e o qualitativo, diferenciando-os não só pela sistemática de cada um, mas, sobretudo pela forma de abordagem do problema.

O método quantitativo, escolhido para esta pesquisa, caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações quanto no tratamento das mesmas (TRIVIÑOS, 1995).

Estudos exploratórios permitem o investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema. O pesquisador parte de uma hipótese e aprofunda seus estudos nos limites de uma realidade específica buscando antecedentes, maior conhecimento para, em seguida, planejar uma pesquisa descritiva ou de tipo experimental. Então o pesquisador planeja um estudo exploratório para encontrar os elementos necessários que lhe permitam, em contato com determinada população, obter os resultados que deseja. Um estudo exploratório, por outro lado, pode servir para levantar possíveis problemas de pesquisa (TRIVIÑOS, 1995).

Pensa-se que a realização de um estudo exploratório, por ser aparentemente simples, elimina o cuidadoso tratamento científico que todo investigador tem presente nos trabalhos de pesquisa. Este tipo de investigação, por exemplo, não exige a revisão de literatura, as entrevistas, o emprego de questionários entre outros, tudo dentro de um esquema elaborado com a severidade característica de um trabalho científico (TRIVIÑOS, 1995).

A abordagem descritiva visa descrever as características de determinada população ou fenômeno e pode buscar o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados como questionário, escalas e observação sistemática. Assume, em geral, a forma de levantamento.

O estudo descritivo pretende descrever “com exatidão” os fatos e fenômenos de determinada realidade. O foco essencial do estudo descritivo reside no desejo de conhecer a comunidade, seus traços característicos, suas gentes, seus problemas, seus valores entre outros (TRIVIÑOS, 1995).

Os dados foram levantados por meio da aplicação dos instrumentos Whoqol-Bref (Anexo 1) e Whoqol-Old (Anexo 2) da OMS para avaliar a qualidade de vida do idoso, o Questionário de Perfil do Familiar Cuidador – QPFC (GESPI, 2004) (Anexo 3), para avaliar a dinâmica do funcionamento da família, da perspectiva do idoso, foi utilizado o instrumento Apgar de Família (Anexo 4) e ainda o questionário do Estilo de Vida Individual (Anexo 5), que foi aplicada para avaliar o estilo de vida do familiar cuidador.

5.1 O CONTEXTO DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Saúde Coloninha, Florianópolis – SC, no período de maio a junho de 2010, cujos sujeitos foram os idosos mais idosos dependentes de cuidado e seus respectivos cuidadores principais e família

A Comunidade da Coloninha teve seu início por volta de 1940, quando era apenas um aglomerado de pouco mais de 10 casas, construídas em terras devolutas, próximas ao Grupo Escolar Professora Otília Cruz. As casas eram todas rústicas, de “chão batido”, com exceção da casa da senhora "Preta Leonora", onde se rezava o terço de costume. O principal acesso ao bairro se dava pela então Servidão San Ford, hoje Rua Professora Otília Cruz. Dos arredores, destacava-se a fábrica de chapéus do senhor Orlando Scarpelli, que mais tarde cedeu suas terras que hoje abriga o imponente estádio do Figueirense Futebol Clube (Sociedade Recreativa e Cultural Unidos da Coloninha 2009-2010).

O Centro de Saúde (SC) Coloninha, pertence à porção continental do município de Florianópolis. Faz limites geográficos com os bairros Sapé, Monte Cristo, Capoeiras e Estreito, o fato de essas delimitações serem mais visualizadas no mapa, e não no próprio bairro, confunde muito a população que não tem clareza sobre a qual Centro de Saúde pertence. A mesma foi fundada em 10 de dezembro de 2005, estando localizada na Rua Aracy Vaz Callado nº1830, esquina com a Servidão Joaquim Manoel Coelho, com o horário de funcionamento de segunda à sexta das 8:00 horas às 12:00 horas e das 13:00 horas às 17:00

horas. Atualmente o CS é coordenado pela odontóloga Deise Lúcia Vieira e está diretamente ligada ao Distrito Continente da Secretaria Municipal de Saúde. Atualmente os profissionais de saúde que atuam no CS - Coloninha são: 4 médicos clínico, 1 médico pediatra, 3 enfermeiras, 3 técnicos de enfermagem, 3 dentistas, 1 auxiliar de consultório dentário e 11 agentes comunitários de saúde, formando três Equipes da Estratégia de Saúde da Família.

Os serviços prestados no CS são os de Clínica geral, pediatria, psiquiatria, odontologia, consultas de enfermagem, como: consultas de planejamento familiar, consultas de preventivo de câncer de colo uterino e mama, consultas de pré-natal, puerpério, puericultura, hipertensão, diabetes, e de idosos, além dos procedimentos básicos de enfermagem, imunizações, distribuição de medicamentos, visitas domiciliares, realização de grupos como: tabagismo, diabéticos, gestante e cuidadores. O CS Conta com o apoio do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), composto pelos seguintes profissionais: psicóloga, psiquiatra, nutricionista, farmacêutica, geriatra, educador físico.

De acordo com a prefeitura de Florianópolis a população do bairro Coloninha é de 6.154 pessoas, e com base no cadastro de famílias atualizado recentemente pelos agentes comunitários de saúde são 4.202 pessoas cadastradas no Centro de Saúde Coloninha. Deste total, 465 pessoas possuem idade igual ou superior a 60 anos.

5.2 SUJEITOS E AMOSTRA DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram: Idosos com 80 anos ou mais e familiar cuidador no contexto domiciliar, residentes na área de abrangência do Centro de Saúde da Coloninha/Florianópolis.

A seleção da amostra foi do tipo intencional, e se deu por meio da listagem disponibilizada pelo Setor de Geoprocessamento da Secretaria de Saúde de Florianópolis, contendo dados de 82 idosos com 80 anos ou mais adscritos ao CS. A partir desta listagem e com auxílio das enfermeiras, agentes comunitários de saúde (ACS) e sistema de informação – Infosaúde foram selecionados 32 pares (idoso/cuidador). Diante destes dados foi realizada pelas pesquisadoras a busca ativa dos sujeitos, com o objetivo de selecionar a amostra que atendiam os seguintes critérios de inclusão: ter 80 anos ou mais, ser dependente de cuidados em tempo integral, estar lúcido e com condições de responder aos instrumentos, ter como

cuidador principal o familiar ou outra pessoa com vínculo a mais de um ano. Foram selecionados 10 pares (idoso/cuidador). No entanto, a amostra foi composta por 09 pares (idoso/cuidador) devido à ausência de um dos pares em sua residência no período em que se realizou a coleta de dados.

5.3 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta dos dados da pesquisa foi realizada pelas pesquisadoras por meio de visita domiciliar, com o agendamento prévio. Foi realizado primeiramente uma apresentação e o convite para participarem da mesma. Com o aceite, foi feita a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) para o idoso e cuidador, o qual foi assinado. A pesquisa foi realizada em dupla, onde uma acadêmica ficava responsável em aplicar os instrumentos Whoqol-Bref, Whoqol-Old e Apgar de Família ao idoso e outra acadêmica aplicava os instrumentos Whoqol-Bref, Questionário de Perfil do Familiar Cuidador – QPFC e questionário do Estilo de Vida Individual ao cuidador. O tempo médio de aplicação dos instrumentos para cada par (idoso/cuidador) foi de aproximadamente quarenta minutos.

Para que fosse possível a aplicação destes instrumentos de pesquisa realizamos uma capacitação no período antecedente ao do início do estágio ministrada por uma das pesquisadoras do projeto maior - DIFAI.

5.4 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados procedentes da pesquisa foi efetuada utilizando-se a construção do banco de dados por meio de uma planilha específica no programa *Microsoft Excel* e estes foram transferidos para as tabelas elaboradas no programa *Microsoft Word*. O Sistema Especialista usado para o Ensino de Estatística na Web (SestatNet) foi utilizado para analisar o instrumento Questionário do Perfil do Familiar Cuidador – QPFC.

Após foi realizada uma análise descritiva simples em termos absolutos e percentuais, uma vez que amostra do estudo foi composta por 09 pares (idoso mais idoso e seu familiar cuidador).

Para avaliação da qualidade de vida, foram usadas as escalas Whoqol. O Whoqol-Bref consta de 26 questões, sendo que duas são questões gerais de qualidade de vida que não pontuam no escore geral, e as demais 24 questões representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original - Whoqol-100. O módulo do Whoqol-Bref está organizado em 4 domínios: domínio 1 - físico; domínio 2 - psicológico; domínio 3 - relações sociais e domínio 4 - meio ambiente. A relação das facetas que compõem cada domínio é apresentada na tabela 01.

Tabela 01: Domínios, facetas e itens do Whoqol-Bref.

<i>Domínio</i>	<i>Facetas</i>	<i>Ítems das Facetas</i>
Físico	Dor e desconforto	3;10;16;15;17;4;18
	Energia e fadiga	
	Sono e repouso	
	Mobilidade	
	Atividade da vida cotidiana	
	Dependência de medicação ou tratamentos	
	Capacidade de Trabalho	
Psicológicos	Sentimentos Positivos	5;7;19;11;26;6
	Pensar, aprender, memória e concentração	
	Auto-estima	
	Imagem corporal e aparência	
	Sentimentos negativos	
	Espiritualidade/religião/crenças pessoais.	
Relações Sociais	Relações pessoais	20;22;21
	Apoio social	
	Atividade sexual	
Meio ambiente	Segurança física e proteção	8;23;12;24;13;14;9;25
	Ambiente no lar	
	Recursos financeiros	
	Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	
	Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades	
	Participação e oportunidade de recreação e lazer	
	Ambiente físico:(poluição/ruído/clima)	
	Transporte	

Fonte: Fleck, et. al., 2000 (adaptado).

Cada domínio do Whoqol-Bref gerou um escore bruto total em seus domínios específicos. Esses domínios foram somados, gerando um escore geral de qualidade de vida. Quanto mais alto o escore geral, melhor a qualidade de vida. A análise dos dados do questionário Whoqol-Bref irá seguir a orientação de The-Whoqol Group, que é a seguinte:

1. As questões para avaliar devem ser classificadas de 1 a 5 e os valores de cada resposta ficam como seguem: (1 ponto para valor atribuído = 1); (2 pontos para valor atribuído = 2); (3 pontos para valor atribuído = 3); (4 pontos para valor atribuído = 4); (5 pontos para valor atribuído = 5);
2. Os valores das respostas das questões de cunho negativo que são: Q3; Q4 e Q26 devem ser invertidos (reversos), ficando: (1 ponto para valor atribuído = 5); (2 pontos para valor atribuído = 4); (3 pontos para valor atribuído = 3); (4 pontos para valor atribuído = 2); (5 pontos para valor atribuído = 1).

Considerando-se que os domínios não possuem o mesmo formato de pontuação e classificação (devido ao número desigual de facetar/questões por domínio), é necessária a conversão dos escores encontrados em cada domínio. Essa conversão se dá seguindo a tabela da Organização Mundial de Saúde, conforme a tabela 02 abaixo:

Tabela 02: Método de Conversão de escores por domínios do Whoqol-Bref.

Domínio 1			Domínio 2			Domínio 3			Domínio 4		
Escore encontrado	Escore transformado		Escore encontrado	Escore transformado		Escore encontrado	Escore transformado		Escore encontrado	Escore transformado	
	4 a 20	0 a 100		4 a 20	0 a 100		4 a 20	0 a 100		4 a 20	0 a 100
7	4	0	6	4	0	3	4	0	8	4	0
8	5	6	7	5	6	4	5	6	9	5	6
9	5	6	8	5	6	5	7	19	10	5	6
10	6	13	9	6	13	6	8	25	11	6	13
11	6	13	10	7	19	7	9	31	12	6	13
12	7	19	11	7	19	8	11	44	13	7	19
13	7	19	12	8	25	9	12	50	14	7	19
14	8	25	13	9	31	10	13	56	15	8	25
15	9	31	14	9	31	11	15	69	16	8	25
16	9	31	15	10	38	12	16	75	17	9	31
17	10	38	16	11	44	13	17	81	18	9	31
18	10	38	17	11	44	14	19	94	19	10	38
19	11	44	18	12	50	15	20	100	20	10	38
20	11	44	19	13	56				21	11	44
21	12	50	20	13	56				22	11	44
22	13	56	21	14	63				23	12	50
23	13	56	22	15	69				24	12	50
24	14	63	23	15	69				25	13	56
25	14	63	24	16	75				26	13	56
26	15	69	25	17	81				27	14	63
27	15	69	26	17	81				28	14	63
28	16	75	27	18	88				29	15	69
29	17	81	28	19	94				30	15	69
30	17	81	29	19	94				31	16	75
31	18	88	30	20	100				32	16	75
32	18	88							33	17	81
33	19	94							34	17	81
34	19	94							35	18	88
35	20	100							36	18	88
									37	19	94
									38	19	94
									39	20	100
									40	20	100

Fonte: Organização Mundial da Saúde. **Manual WHOQOL-Old. 1995.** Disponível em <http://www.ufrgs.br/psiq/WHOQOL-OLD%20Manual%20portugues.pdf>. Acesso em março 2010.

O Whoqol-Old consiste em 24 itens atribuídos a seis facetas: funcionamento do sensório, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade. Diferentemente do módulo Bref no Whoqol-Old cada faceta apresenta igual número de itens (quatro) não sendo necessário, portanto, sua conversão (desde que todos os itens por faceta forem respondidos). Para as facetas com escore reverso (old_1, old_2, old_6, old_7, old_8, old_9, old_10) segue-se a mesma orientação do módulo bref. A relação das facetas e itens das facetas encontram-se especificados na tabela 03, abaixo:

Tabela 03: Facetas, conceitos e itens das facetas do Whoqol-Old.

Faceta	Conceito	Itens das Facetas
Habilidades Sensoriais	Funcionamento sensorial, impacto da perda de habilidades sensoriais na qualidade de vida.	1;2;10;20.
Autonomia	Independência na velhice, capacidade ou liberdade de viver de forma autônoma e tomar decisões.	3;4;5;11.
Atividades passadas, presentes e futuras	Satisfação sobre conquistas na vida e coisas a que se anseia.	12;13;15;19.
Participação Social	Participação nas atividades quotidianas, especialmente na comunidade.	14;16;17;18.
Morte e Morrer	Preocupações, inquietações e temores sobre a morte e sobre morrer.	6;7;8;9.
Intimidade	Capacidade de ter relacionamentos pessoais e íntimos.	21;22;23;24.

Fonte: FARIAS, R.G. **Qualidade de vida e envelhecimento ativo em idosos mais idosos residentes na comunidade**. Florianópolis, 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

Assim como no Whoqol-Bref, o módulo Old gera um escore bruto da faceta, quando somados os itens das facetas, podendo variar entre 4 e 20. Os escores brutos das facetas podem ser somados, gerando um escore geral de qualidade de vida. Quanto mais alto o escore geral melhor a qualidade de vida.

A avaliação da dinâmica familiar se deu por meio do Apgar de Família. O instrumento é constituído de cinco componentes (adaptação, participação, crescimento, afeição e resolução), sendo que cada um deles pode pontuar entre 0 e 4. Desta forma, a avaliação se dá por meio da classificação em três tipos de família: com boa funcionalidade familiar (13 a 20

pontos), com moderada disfunção familiar (9 a 12 pontos) e com elevada disfunção familiar (0 a 8 pontos).

Para avaliação do estilo de vida do familiar cuidador, foi aplicada a Escala de Bem Estar, que de acordo com Nahas (2000) consiste em um questionário de perfil do estilo de vida individual, que inclui as seguintes características: nutricionais, nível de estresse, atividade física habitual, relacionamento social e comportamentos preventivos. Em cada componente há três itens e foi considerada a pontuação mínima de 0 pontos e a máxima de 9. A pontuação 0-3 equivale a um estilo de vida indesejável; 4-6: estilo de vida regular e 7-9: bom estilo de vida.

5.5 CUIDADOS ÉTICOS E LEGAIS

Atendendo aos princípios éticos dos direitos humanos dos sujeitos da pesquisa, o desenvolvimento da pesquisa seguiu as recomendações da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta investigações envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Como a pesquisa faz parte do projeto maior -DIFAI – este já foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Santa Catarina com parecer favorável. (Parecer nº051/08 em Anexo 6)

Foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), respeitando os preceitos éticos, para as pessoas que concordaram em participar da pesquisa, o qual foi aplicado mediante a aplicação dos instrumentos.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa desenvolvido como Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), serão apresentados na forma de manuscrito, conforme acordado pelo Colegiado da 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem. Esta decisão objetiva estimular a pronta publicação das pesquisas desenvolvidas.

A seguir apresenta-se o manuscrito intitulado: QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS DEPENDENTES NA QUARTA IDADE E O ESTILO DE VIDA DO SEU CUIDADOR PRINCIPAL.

QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS DEPENDENTES NA QUARTA IDADE E O ESTILO DE VIDA DO SEU CUIDADOR PRINCIPAL

Estela Macalli Alves
Juliana Araújo Martins
Rosângela Maria Fenili

Resumo: A pesquisa teve como objetivo conhecer a qualidade de vida de idosos na quarta idade dependentes de cuidados, a dinâmica familiar, o estilo de vida e qualidade de vida do cuidador principal residentes na área de abrangência do Centro de Saúde Coloninha/Flops. É uma pesquisa de caráter exploratório descritivo, do tipo quantitativo e de natureza diagnóstico avaliativa utilizando os questionários de qualidade de vida Whoqol-Bref e Whoqol-Old, o questionário do perfil do familiar cuidador - QPFC, o questionário da dinâmica do funcionamento familiar - Apgar de Família e o questionário do Estilo de Vida Individual. Foi desenvolvida com 09 pares (idoso/cuidador) na área de abrangência do Centro de Saúde Coloninha, no período de março a junho de 2010. A maior parte da amostra dos idosos foi composta por mulheres, com idade mínima de 80 anos e máxima de 94 anos, os resultados apontaram avaliação positiva da qualidade de vida. Já na amostra dos cuidadores a maior parte foi composta por mulheres, com idade mínima de 41 anos e máxima de 75 anos, com estilo de vida regular. Pode-se concluir é possível ter boa qualidade de vida na quarta idade e que seu cuidador principal mantém um estilo de vida regular.

Descritores: envelhecimento, idoso de 80 anos ou mais, cuidador principal, qualidade de vida, estilo de vida

1. INTRODUÇÃO

Em todo território mundial, inclusive nos países em desenvolvimento cogita-se, com muita frequência, as questões referentes ao envelhecimento, haja vista que a população está envelhecendo em ritmo acelerado, apresentando demandas e necessidades no campo da saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica cronologicamente como idosos as pessoas com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento. Nos últimos anos, cerca de um milhão de pessoas cruzaram a barreira dos 60 anos, provocando mudanças importantes na estrutura etária das populações em praticamente todos os países (ROCHA, et. al., 2008).

Evidentemente a longevidade contribui para o envelhecimento, mas o que mais influencia é a redução da fecundidade, pois o nascimento de menos crianças faz com que a base da pirâmide etária se estreite, enquanto a alta proporção de crianças que nasceram no passado vão se tornando adultos e, posteriormente, idosos. Estas mudanças são chamadas de transição da estrutura etária (ALVES, 2009).

No Brasil a longevidade média da população cresceu muito durante o século XX. É cada vez maior o número de pessoas vivendo acima dos 100 anos de idade. Desta forma, com a população idosa crescendo em ritmo superior ao dos outros grupos etários, o envelhecimento populacional brasileiro é inevitável (ALVES, 2009).

Ainda que a velhice e a condição de longevidade não sejam sinônimos de doença e dependência, o crescimento dessa população leva ao aumento do número de pessoas com doenças crônicas que tendem a ocasionar complicações e seqüelas que comprometem a independência e autonomia, debilidades físicas e emocionais, ou seja, tornando-os frágeis. Assim, de acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) fragilidade constitui-se em uma síndrome multidimensional envolvendo uma interação complexa dos fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso de vida individual, que culmina com um estado de maior vulnerabilidade, associado ao maior risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos. Estima-se que de 10 a 25% das pessoas acima dos 65 anos e 46% acima dos 85 anos que vivem na comunidade sejam frágeis, conferindo-lhes alto risco para desfechos clínicos adversos (BRASIL, 2006).

Por outro lado, pode-se salientar que fragilidade é um fenômeno clínico distinto do envelhecimento, com potencial para reversibilidade por meio de intervenções. O conceito atribuído ao idoso de "ser frágil" foi sendo gradativamente substituído pela condição de "tornar-se" frágil, levando-o, muitas vezes a depender de um cuidador, seja por parte da sociedade, dos profissionais de saúde e principalmente da família (BRASIL, 2006).

Os critérios utilizados para a definição de fragilidade podem ser classificados em três grupos: 1) dependência nas atividades de vida diárias (AVDs) e nas atividades instrumentais de vida diárias (AIVDs); 2) vulnerabilidade aos estressores ambientais, as patologias e as quedas; 3) estados patológicos agudos e crônicos (FREITAS, et. al., 2006).

Segundo Torres (2009) a qualidade de vida é um conceito subjetivo e está relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos, como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com as atividades diárias e o ambiente em que se vive.

A permanência dos idosos em suas casas sob os cuidados de sua família é de fundamental importância, levando em consideração que o domicílio constitui-se no melhor local para o idoso envelhecer. Permanecer junto à família representa a possibilidade de garantir a autonomia e preservar sua identidade e dignidade (KARSCH, 2003).

Na maioria dos casos de pessoas idosas dependentes, a demanda por cuidados é assumida pela família, em consequência, há a necessidade freqüente de se recorrer à assistência profissional de saúde para apoio aos familiares. O Sistema Público de Saúde do Brasil, entretanto, ainda não fornece o suporte adequado ao idoso que adoece nem à família que dele cuida (ROCHA, et. al., 2008).

O cuidador principal trata-se da pessoa que chama a si a incumbência de realizar as tarefas para as quais o idoso dependente para o cuidado não tem mais possibilidade e responsabiliza-se por elas; tarefas estas essenciais à vida, geralmente sem contar com a ajuda de outro membro da família ou de outro profissional. Existem fatores que geralmente estão presentes na designação da pessoa que, preferencialmente, assume os cuidados pessoais ao idoso: parentesco (cônjuges); gênero (principalmente, mulher); proximidade física (vive junto) e proximidade afetiva (conjugal, pais e filhos) (KARSCH, 2003).

Já a denominação do cuidador secundário, segundo Karsch, (2003) é tribuída àquele que cuida ocasionalmente do idoso, podendo ser outros familiares, amigos, vizinhos e pessoas da comunidade que podem auxiliar em atividades complementares.

É necessário que, além de se conhecerem as necessidades de cuidado da pessoa dependente, também se conheça a situação dessas famílias: suas demandas, suas crenças, seus valores e suas práticas socioculturais. Na maioria das vezes, quando um dos membros da família adoece, todos os membros dela são afetados. Há uma alteração nas suas atividades sociais normais, suas tarefas precisam ser desenvolvidas por outras pessoas, pois ele necessita se dedicar e cuidar do doente (TEIXEIRA, 2005).

O conhecimento do perfil dos cuidadores e de suas dificuldades no processo de cuidar permite, aos profissionais da saúde, planejar e implantar políticas e programas públicos de suporte social à família, voltados à realidade do cuidador (ROCHA, 2008).

As atividades desenvolvidas pelo cuidador podem levá-lo a desequilíbrios psicológicos e físicos, por isso deve também receber atenção a sua saúde pessoal, considerando-se que a atividade de cuidar de um adulto dependente é desgastante e implica em riscos à saúde. (SANTANA, et. al., 2009)

Para Nahas (2000) o estilo de vida pode ser entendido como um conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas. Estas ações têm grande influência na saúde geral e qualidade de vida de todos os indivíduos. O modo de viver do cuidador influencia no cuidado dispensado a si próprio e aos outros.

O estilo de vida inadequado pode contribuir para que doenças se manifestem cada vez mais cedo. Acredita-se que atividade física regular, alimentação equilibrada e variada, boas relações sociais, assim como manutenção de comportamentos preventivos e controle de estresse sejam importantes para manter um estilo de vida saudável e equilibrado. (NAHAS, 2000)

Nesse sentido, as mudanças ocorridas no estilo de vida dos cuidadores atingem seus sentimentos, o dia-a-dia e suas atividades que são significativamente alteradas. Alguns familiares distanciam-se da vida sociofamiliar à medida que a doença progride. Há uma sobrecarga emocional e de atividades gerando uma transformação na vida daquele que se compromete a assumir a tarefa de cuidador (SANTANA, et. al., 2009).

Neste contexto o foco principal desta pesquisa é a população idosa acima dos 80 anos de idade, os cuidadores de idosos dependentes e sua família, e se delimita a população adscrita de um Centro de Saúde (CS) de Florianópolis/SC.

A presente pesquisa faz parte de um estudo multicêntrico do Grupo de Estudos sobre Cuidados em Saúde de Pessoas Idosas (GESPI/UFSC), intitulado: A Dinâmica da família de idosos mais idosos: o convívio e cuidados na quarta idade (DIFAI).

Vários fatores foram relevantes na escolha do tema pesquisado como: o envelhecimento da população aumentando assim o número de indivíduos com doenças crônico-degenerativas que podem levar a dependência do cuidado; déficit no cuidado de si por parte dos cuidadores e a falta de políticas públicas voltadas para o cuidador.

Sendo assim, os objetivos deste estudo foram: conhecer a qualidade de vida de idosos na quarta idade dependentes de cuidados, a dinâmica familiar, o estilo de vida e qualidade de vida do cuidador principal residentes na área de abrangência de um Centro de Saúde (CS) de Florianópolis/SC; averiguar a qualidade de vida de idosos na quarta idade dependente de cuidados; conhecer a dinâmica familiar na perspectiva do idoso na quarta idade dependente de cuidados; levantar o perfil do familiar cuidador de idosos na quarta idade dependente de cuidados; verificar o estilo de vida do familiar cuidador; conhecer, a partir da perspectiva do cuidador principal do idoso, como é o seu estilo de vida; conhecer a qualidade de vida do idoso mais idoso e de seu cuidador familiar a partir da perspectiva dos mesmos.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório descritivo, do tipo quantitativo e de natureza diagnóstico avaliativa. Foi desenvolvida na área de abrangência do Centro de Saúde (CS) Coloninha, Florianópolis – SC, no período de maio a junho de 2010, cujos sujeitos foram os idosos mais idosos dependentes de cuidado em tempo integral, seus respectivos cuidadores principais e família.

A seleção da amostra foi do tipo intencional. Para identificar a população a ser estudada foi utilizada uma listagem disponibilizada pelo Setor de Geoprocessamento da Secretaria de Saúde de Florianópolis, contendo dados de 82 idosos com 80 anos ou mais adscritos ao CS. A partir desta listagem com auxílio das enfermeiras, ACS e Sistema de informação – Infosaúde foram selecionados 09 pares (idoso/cuidador) de acordo com os seguintes critérios de

inclusão: ter 80 anos ou mais, ser dependente de cuidados em tempo integral, estar lúcido e com condições de responder aos instrumentos, ter como cuidador principal o familiar ou outra pessoa com vínculo a mais de um ano, além da aceitação livre e espontânea em participar da pesquisa.

O levantamento dos dados se deu por meio de visitas domiciliares, mediante agendamento prévio, onde se utilizou os seguintes instrumentos: Whoqol-Bref, Whoqol-Old, Questionário de Perfil do Familiar Cuidador – QPFC, Apgar de Família e questionário do estilo de Vida individual.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O conhecimento do perfil sócio-demográfico dos sujeitos desta pesquisa (idoso/cuidador principal) e suas condições de saúde é de suma importância para os profissionais da saúde, pois permite planejar e implantar políticas e programas públicos de suporte social voltados a realidades dos mesmos.

Apresentamos a seguir os dados sócio-demográficos dos idosos obtidos por meio do QPFC (GESPI, 2004)

Tabela 04. Características sócio-demográficas dos idosos do estudo.

IDOSO	SEXO	IDADE	RELIGIÃO	PRATICANTE	ESCOLARIDADE	ESTADO CONJUGAL	Nº FILHOS	MORA COM CUIDADOR	MORA COM QUEM	QUEM CUIDA	CASA ONDE MORA
1	Feminino	82	Católica	Sim	Primário ou até 4ª série	Viúvo	6	Sim	Filha; Filho e Neto.	Filha	Do idoso
2	Feminino	80	Católica	Sim	Primário ou até 4ª série	Viúvo	2	Sim	Neto e Neta	Empregada	Genro
3	Feminino	83	Católica	Sim	Nenhuma	Viúvo	5	Sim	Neto	Filha	Do idoso
4	Masculino	89	Católica	Sim	Ginásio ou 1º incompleto	Segundo casamento	1	Sim	Esposa e Empregada	Cônjuge	Do Cônjuge
5	Feminino	85	Católica	Sim	Primário ou até 4ª série	Viúvo	4	Sim	Filha; Genro e Neta	Filha	Da Filha
6	Feminino	94	Católica	Não	Nenhuma	Viúvo	7	Sim	Filho; Nora e três netos	Nora	Filho
7	Feminino	85	Católica	Sim	Ginásio ou 1º completo	Viúvo	4	Sim	Duas Filhas	Filha	Alugada
8	Feminino	87	Católica	Não	Nenhuma	Viúvo	4	Não	Filha e Filho	Filha	Do idoso
9	Feminino	84	Católica	Sim	Nenhuma	Viúvo	1	Sim	Filho; Nora; Neto e Neta	Filho	Do idoso

Fonte: Questionário do Perfil da Família Cuidadora (QPFC), projeto DIFAI - 2010.

Ao analisar as características sócio-demográficas dos idosos que participaram do estudo quando se trata da idade obtêm-se uma média de 85,1 anos, sendo que a idade mínima foi de 80 anos e máxima de 94 anos. Esses dados vêm ao encontro com os vários estudos que nos confirmam o envelhecimento da população, haja vista o aumento da longevidade mundial e brasileira. Desta forma, com a população idosa crescendo em ritmo superior ao dos outros grupos etários, o envelhecimento populacional brasileiro é inevitável (ALVES, 2009).

Pode-se observar na tabela que a maioria dos idosos são representados por mulheres viúvas, estes dados podem ser explicados pelos diferenciais de expectativa de vida entre os sexos, fenômeno mundial, mas que é bastante intenso no Brasil, levando em consideração que, em média, as mulheres vivem oito anos mais que os homens segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2002).

O fato da maioria dos idosos da amostra declararem ser católicos praticantes demonstra a importância da religiosidade em suas vidas, fato este confirmado por diversas pesquisas que apontam a religiosidade e a espiritualidade como dimensões do enfrentamento,

freqüentemente utilizadas pelos idosos em tempos de crise, especialmente ao enfrentar eventos com alto risco e perdas ou danos (NERI, 2004).

Em relação à escolaridade vale destacar que 44,4% dos idosos apresentaram nenhuma escolaridade, 33,3% primário ou até a 4ª série e 11,1% ginásio ou 1º grau completo e incompleto. A baixa escolaridade entre os idosos esta relacionada às características da sociedade e às políticas de educação prevalecentes nas décadas de 1930 e 1940, quando o acesso à escola era ainda muito restrito especialmente para as mulheres (IBGE, 2002).

Com relação à quantidade de filhos constatou-se o máximo de 7 filhos e o mínimo de 1 filho. Chama atenção que 55,5% dos idosos são cuidados pelas filhas e apenas 11,1% é cuidado pelo filho, cônjuge, empregada e nora. Observa-se que ao longo da história, o cuidado do idoso vem sendo exercido por mulheres, principalmente, as esposas, as filhas e as netas. Esse fato reflete nos dias atuais e pode ser explicado pela tradição de no passado as mulheres não desempenharem funções fora de casa, justificando sua maior disponibilidade para o cuidado (GONÇALVES, 2008).

Outro fator relevante é em relação à residência em que vive o idoso, onde se constatou que 44,4% dos idosos moram em sua própria residência, 22,2% moram na casa do cuidador, 11,1% dos idosos mora na casa do genro, casa do filho e em casa alugada.

A maior parte dos idosos do estudo por serem dependentes do cuidado integral residem com familiares, ao contrario das pesquisas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE) em 2002 que apontam que a maioria dos idosos residem sozinhos e são os únicos responsáveis pelo domicilio. Pode-se salientar, ainda, que o modelo de organização da família brasileira utiliza a co-residência como estratégia de sobrevivência, ou seja, os idosos residem com seus filhos, genros, noras e netos, na maioria das vezes em sua própria residência. Isso em virtude da viuvez/solidão, necessidades econômicas, moradia, emocional e de dependência para o cuidado desse idoso. Assim, co-residir em família é uma forma de cuidado mutuo, no qual há interação, troca de experiência, ajuda e apoio entre as gerações (AGUIAR, 2007).

Quanto à saúde do idoso, a tabela a seguir apresenta os diagnósticos médicos confirmados, problemas e queixas de saúde.

Tabela 05. Diagnósticos médicos, problemas ou queixas de saúde dos idosos.

Idoso	Diagnóstico médico	Problemas ou queixas de saúde
Id 1	Hipertensão arterial, câncer de pulmão e insuficiência coronariana aguda	Não apresentam
Id 2	Hipertensão arterial, cardiopatia, diabetes mellitus, osteoporose, câncer de mediastino e hipertireoidismo.	Não apresentam
Id 3	Hipertensão arterial, cardiopatia, diabetes mellitus, osteoporose e fratura na coluna.	Dor estômago e nas costas
Id 4	Hipertensão arterial, cardiopatia, osteoporose, acidente vascular cerebral e câncer de próstata.	Dor no joelho
Id 5	Hipertensão arterial, cardiopatia e acidente vascular cerebral.	Falta de visão, perda do equilíbrio
Id 6	Cardiopatia	Marca-passo, visão diminuída
Id 7	Hipertensão, diabetes mellitus, osteoporose, catarata e glaucoma	Não apresentam
Id 8	Hipertensão arterial	Dor no corpo, fratura braço
Id 9	Hipertensão, diabetes mellitus e câncer de mama.	Dor na perna

Fonte: Questionário do Perfil do Familiar Cuidador (QPFC), projeto DIFAI - 2010.

Segundo Brasil (2006), comorbidade é a presença simultânea de duas ou mais doenças identificadas a partir de diagnóstico médico, com base em critérios firmemente estabelecidos. Nessa pesquisa a presença de comorbidades foi muito presente, conforme demonstrado na tabela acima. As comorbidades que mais acometem os idosos são: hipertensão arterial, cardiopatia, diabetes mellitus, osteoporose e diferentes tipos de câncer.

O processo de envelhecimento provoca no organismo modificações biológicas e fisiológicas, que acarretam alterações das funções orgânicas. Presente em mais de 60% dos idosos brasileiros a hipertensão arterial está freqüentemente associada a outras doenças, também, altamente prevalentes como a diabetes mellitus, conferindo alto risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (FILHO, 1983). A instalação da hipertensão está diretamente relacionada com a idade, sendo mais presente entre as mulheres e nas pessoas com sobrepeso ou obesidade. Já a diabetes mellitus acomete todas as faixas etárias sendo mais incidente a do tipo 2 na população idosa (BRASIL, 2006).

Na medida em que se vive até a idade bem avançada, aumenta a prevalência das comorbidades, dentre elas a cardiopatia. Doença esta que possui como fatores de risco a idade

avançada, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), hábitos alimentares inadequados, sedentarismo, menopausa e obesidade (FREITAS, et. al., 2006).

A osteoporose atualmente é vista como um problema de saúde pública devido ao aumento na expectativa de vida das populações. Considerada uma doença de grande impacto devido à sua alta prevalência e grande morbimortalidade, a osteoporose afeta indivíduos de maior idade, de ambos os sexos, principalmente, mulheres na pós-menopausa. Podendo ser decorrente de outras causas, tais como: diabetes mellitus e hipertireoidismo (BRASIL, 2006).

O câncer é uma patologia ligada aos hábitos e estilo de vida. Os tipos de câncer com mais incidência nos idosos são os tumores de pele, os tumores ginecológicos e de mama na mulher, e os tumores de próstata e vias urinárias no homem também são bastante comuns (BRASIL, 2006).

O acidente vascular cerebral, insuficiência coronariana aguda, hipertireoidismo, catarata e glaucoma apresentam-se em menor proporção, embora sejam doenças de grande impacto na qualidade de vida do idoso.

Apresentamos a seguir na tabela 06 os dados sócio-demográficos dos cuidadores principais obtidos por meio do instrumento de perfil do familiar cuidador – QPFC (GESPI, 2004)

Tabela 06. Características sócio-demográficas dos cuidadores.

CUIDADOR	SEXO	IDADE	ESTADO CONJUGAL	RELIGIÃO	ESCOLARIDADE	Nº FILHOS	SAÚDE	PROBLEMAS DE SAÚDE	LOCAL DE TRATAMENTO
1	Feminino	45	Divorciado	Católica	Superior completo	1	Ótima	Prolapso válvula mitral	Serviços particulares
2	Feminino	41	Casado	Católica	Ginásio ou 1º completo	0	Boa	Hipertensão arterial e inflamação nas articulações	Centro ou posto de saúde ou hospital público
3	Feminino	49	Casado	Católica	Ginásio ou 1º grau incompleto	3	Ruim	Depressão	Centro ou posto de saúde ou hospital público
4	Feminino	75	Casado	Espírita	Primário ou até 4ª série	5	Boa	Arritmia e hipertensão arterial	Serviços particulares
5	Feminino	59	Casado	Católica	2º grau incompleto	3	Regular	Coluna	Centro ou posto de saúde ou hospital público e plano de saúde
6	Feminino	51	Casado	Evangélica	Primário ou até 4ª série	6	Regular	Varizes	Centro ou posto de saúde ou hospital público
7	Feminino	55	Casado	Católica	Superior completo	0	Regular	Diabetes e cardiopatia	Centro ou posto de saúde ou hospital público e plano de saúde
8	Feminino	50	Divorciado	Católica	Ginásio ou 1º grau incompleto	2	Regular	Diabetes	Centro ou posto de saúde ou hospital público
9	Masculino	60	Casado	Católica	2º grau incompleto	8	Boa	Não relatou	Centro ou posto de saúde ou hospital público

Fonte: Questionário do Perfil da Família Cuidadora (QPFC), projeto DIFAI - 2010.

Ao analisar as características sócio-demográficas dos cuidadores vale ressaltar que a idade máxima é de 75 anos e a mínima de 41 anos, sendo a idade média de 53,8 anos. Na sua grande maioria os cuidadores eram mulheres casadas que possuem filhos.

A porcentagem de 88,8% serem mulheres nos mostra que os cuidadores também têm necessidade de atenção a sua saúde e qualidade de vida, visto que é considerada a faixa etária propícia ao desenvolvimento de doenças ou agravos à saúde. Nossos achados reforçam o encontrado na literatura especializada, onde fica claro que por determinação social a mulher é entendida como a primeira responsável pelo cuidado. Segundo Oliveira (2000), por causas predominantemente culturais, o papel da mulher cuidadora no Brasil ainda é uma atribuição esperada pela sociedade.

Sabe-se que a maioria dos cuidadores são mulheres, entretanto um terço dos cuidadores informais são homens. Apesar do aumento da participação dos homens no cuidado, podemos considerá-la ainda reduzida. Embora esteja ocorrendo esta mudança permanece a idéia de que existe uma falta de habilidade e comprometimento dos homens para cuidar. No entanto, vários autores reforçam que o homem é capaz de se envolver nas atividades de cuidado emocionais e instrumentais (SILVA; PINTO, 2010).

Em se tratando da religião, assim como os idosos do estudo, os cuidadores também buscam na religiosidade força para lidar com seus enfrentamentos. Diversos autores afirmam que as crenças existenciais e espirituais ou religiosas não só auxiliam no enfrentamento das dificuldades, mas dão sentido a vida, a velhice, a dependência e ao cuidar. Contribuem também para que os eventos sejam interpretados de forma mais positiva e enfrentados de forma mais eficaz (ROCHA, et. al., 2008).

Em relação à escolaridade 22,2% dos cuidadores possuem curso superior completo, 22,2% deles possuem 2º grau incompleto, 22,2% possuem ginásio incompleto, 22,2% possuem primário ou até a quarta série e 11,1% possuem ginásio completo.

A escolaridade pode interferir direta ou indiretamente na prestação de cuidados, pois o cuidador necessita seguir prescrições, orientações e manusear medicamentos (dosagem e via de administração etc.). O reconhecimento desta realidade é fundamental para os profissionais que atuam na atenção básica, principalmente o enfermeiro, levando-os a criar estratégias criativas para superar o risco existente (OLIVEIRA, 2000).

Ao analisar os demais dados do perfil do familiar cuidador verificamos que 55,5% não trabalham fora de casa com remuneração, 33,3% afirma trabalhar e 11,1% são aposentados ou pensionistas. Os resultados desta pesquisa reforçam os estudos de Marques citado por Oliveira (2003) que diz que a ocupação exercida por 50% das cuidadoras informais no Brasil é a do lar.

Com relação aos que afirmam trabalhar fora de casa com remuneração obtêm-se as seguintes informações o C1 trabalha como técnica de enfermagem em um hospital com carga horária de 40 horas semanais no período noturno. O C2 trabalha como cuidadora do idoso na casa do genro com carga horária igual há 70 horas semanais em período integral. Já o C 9 trabalha como pintor em uma oficina com carga horária de 40 horas semanais no período diurno.

A função de cuidador informal tem sido exercida pelas mulheres e homens em concomitância com outros atributos como, por exemplo, o sustento de seus dependentes e domiciliar em decorrência das mudanças econômicas, sociais e pressão exercida pelo custo de vida (OLIVEIRA, 2000).

Outro aspecto importante é referente à sobrecarga de atividades. Observa-se que alguns dos cuidadores possuem outras atribuições além do cuidado com o idoso, realizando muitas vezes jornadas duplas. Sabe-se que uma sobrecarga de trabalho prejudica a qualidade de vida da pessoa e a predispõe a riscos stress, isolamento social, além de outras conseqüências físicas. Tornando os cuidadores pessoas com elevado risco de adoecimento (OLIVEIRA, 2000).

As doenças mais comuns nos cuidadores de pessoas dependentes são: as dores lombares, depressão, artrite e a hipertensão arterial. Geralmente são conseqüência de eventos estressores adicionais decorrentes da assistência continua ao idoso. As dores de coluna parecem estar intimamente relacionadas com os cuidados diários que envolvem o uso da força muscular e, muitas vezes, posturas inadequadas. A depressão pode estar associada ao fato da maior parte do tempo ser despendida com os cuidados levando a ter restrições em relação a sua própria vida. O stress crônico promovido no cuidado pode aumentar o risco de HAS ou piorar a condição dos indivíduos que já tinham este diagnóstico (RESENDE, 2008).

No entanto, nesse estudo ao avaliar a sua condição de saúde a maior parte dos cuidadores a considera regular. Pode-se perceber que o local de escolha para o tratamento e acompanhamento de saúde dos cuidadores geralmente são os centros de saúde e hospitais públicos (SUS) devido às condições socioeconômicas, facilidade de acesso aos serviços tanto na atenção básica como na média e alta complexidade o que reflete na satisfação com o mesmo.

Segundo Torres (2009) a qualidade de vida é um conceito subjetivo e está relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos, como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com as atividades diárias e o ambiente em que se vive.

Portanto, para avaliar a qualidade de vida do idoso foram aplicados os instrumentos Whoqol-Bref e Whoqol-Old. O Whoqol-Bref é composto por domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e facetas que dizem respeito a todos os aspectos que estão dentro dos domínios.

No que diz respeito ao Whoqol-Bref obteve-se as seguintes pontuações:

Tabela 07. Domínios do Whoqol-Bref do idoso.

Sujeito:	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente
Id 1	44	69	69	81
Id 2	19	56	50	50
Id 3	13	31	25	38
Id 4	38	50	44	69
Id 5	63	81	75	75
Id 6	56	63	75	56
Id 7	38	69	56	69
Id 8	38	44	56	44
Id 9	25	56	69	56
Escores médios por domínio	37,1	57,6	57,6	59,7

Fonte: Questionário da qualidade de vida da OMS, projeto DIFAI - 2010.

Ao analisar os domínios do Whoqol-Bref pode-se perceber que o domínio meio ambiente foi o que sobressaiu, com uma média de 59,7 pontos entre os idosos participantes da pesquisa. Em segundo lugar os domínios relações sociais e psicológico obtiveram a mesma média de 57,6 pontos, seguidos pelo domínio físico com uma média de 37,1 pontos.

No domínio meio ambiente duas facetas se mostraram mais relevantes, o acesso aos serviços de saúde e a segurança na vida diária. Quando questionados a respeito da satisfação

com os serviços de saúde 88,8% dos idosos responderam estarem satisfeitos e apenas 11,1% responderam que estão nem satisfeitos nem insatisfeitos com o acesso ao serviço de saúde.

Neste contexto, o acesso aos serviços de saúde influencia diretamente na qualidade de vida, principalmente de idosos portadores de doenças crônicas. Portanto, a utilização dos Centros de Saúde é determinado pela facilidade de acesso, disponibilidade e oferta de serviços, atendimento humanizado, sendo a proximidade da residência o fator predominante. Assim a Estratégia de Saúde da Família destaca-se por promover assistência atuando na promoção, recuperação e reabilitação da saúde (JUNQUEIRA; AUGÉ, 1996).

Em se tratando da pergunta, quão seguros se sentem em sua vida diária, 55,5% dos idosos responderam que se sentem bastantes seguros, 33,3% mais ou menos e 11,1% responderam que se sentem nada seguros em sua vida diária. Essa segurança, muitas vezes, se deve ao fato de os idosos residirem com seus familiares e pessoas de sua confiança. Considerando que o grupo familiar e a comunidade são espaços naturais de proteção e possibilitam a conservação dos vínculos relacionais, os quais constituem a sustentação para o enfrentamento das dificuldades cotidianas (LEITE, 2008).

Referindo-se ao domínio relações sociais, as facetas que sobressaíram foram a respeito da satisfação com as relações pessoais e com o apoio que recebem dos amigos. Haja vista que 55,5% dos idosos responderam que estão satisfeitos com suas relações pessoais, 22,2% estão muito satisfeitos, 11,1% estão nem satisfeitos nem insatisfeitos e apenas 11,1% responderam que estão insatisfeitos com suas relações pessoais. Quando perguntados sobre quão satisfeitos estão com o apoio que recebem dos amigos, 55,5% estão satisfeitos, 22,2% estão nem satisfeito nem insatisfeitos, 11,1% estão insatisfeitos e 11,1% estão muito insatisfeitos.

Todo ser humano deseja estar inserido em um determinado meio social, seja no ambiente doméstico, de trabalho ou grupo de amigos. Em se tratando da população idosa, o compartilhamento de emoções e sentimentos, freqüentemente, ocorre entre familiares e amigos. No entanto, a satisfação com os relacionamentos e os laços sociais tem influência no estado de saúde e bem estar, contribuindo de maneira positiva na qualidade de vida (LEITE, 2008).

Tratando-se do domínio psicológico, percebe-se que duas facetas se sobressaíram, sentimentos negativos e capacidade de se concentrar, pois os idosos quando questionados a respeito da capacidade de se concentrar, 66,6% responderam bastante, 11,1% responderam pouco, mais ou menos ou extremamente. Quanto à com que freqüência tem sentimentos

negativos, 66,6% responderam algumas vezes, 22,2% responderam freqüentemente, 11,1% responderam que nunca têm sentimentos negativos;

A diminuição da memória e capacidade de concentração estão associadas e acentuam-se com o decorrer da idade. Exercícios cerebrais simples como recordar fatos do dia-a-dia (o que comeu no almoço, o que leu no jornal do dia, o que ocorreu no último capítulo da novela, etc.) feitos de maneira rotineira apresentam efeitos muito positivos sobre estes aspectos. (CARDOSO, 2008).

Os idosos muitas vezes sofrem com os chamados transtornos psicológicos, que são caracterizados por mal-humor, desespero, ansiedade e depressão, geralmente manifestada por sentimentos negativos. Comportamento esses, ligados a alguma perda, que pode ser a afetiva ou material, afastamento de atividades profissionais, sociais e familiares (JUNIOR; SANTOS, 2006).

Uma das facetas que se sobressaiu no domínio físico foi à dor física, pois os idosos quando questionados em que medida a dor física os impediam de fazerem o que precisam 44,4%, responderam bastante, 33,3% mais ou menos, 11,1% extremamente e nada. A dor aumenta o risco de stress emocional e limita o funcionamento físico dos indivíduos idosos. É apontado que o impacto da dor nas atividades diárias influencia a inabilidade funcional e aumento das comorbidades. A alta prevalência de dor em idosos está associada a desordens crônicas, particularmente doenças musculoesqueléticas como artrites e osteoporose (ANDRADE, et. al., 2006).

Outra faceta relacionada ao domínio físico que chama atenção é a necessidade de tratamento médico, onde 55,5% responderam bastante para a necessidade de tratamento médico para levar a sua vida diária, 22,2% responderam mais ou menos, 11,1% responderam extremamente ou muito pouco. A necessidade de tratamento médico constante é significativa entre os idosos octogenários e está relacionada à presença das comorbidades mais comuns na faixa etária e que necessitam em sua maioria de tratamento medicamentoso contínuo (ANDRADE, et. al., 2006).

Em se tratando do Whoqol-Old, que possui somente facetas chegou-se aos seguintes resultados ilustrados na tabela abaixo.

Tabela 08. Domínios do Whoqol-Old dos idosos.

Sujeito:	Funcionamento do Sensório	Autonomia	Atividades do Passado/ Presente/Futuro	Participação Social	Morte e Morrer	Intimidade
Id 1	93,75	50	50	43,75	81,25	75
Id 2	68,75	6,25	37,5	12,5	93,75	43,75
Id 3	31,25	0	43,75	12,5	81,25	31,25
Id 4	100	50	68,75	31,25	100	75
Id 5	87,5	43,75	68,75	50	87,5	75
Id 6	43,75	56,25	56,25	50	81,25	75
Id 7	50	62,5	62,5	37,5	68,75	68,75
Id 8	56,25	50	62,5	50	81,25	68,75
Id 9	93,75	56,25	62,5	25	100	75
Escores médios por domínio	69,4	41,6	56,9	34,7	86,1	65,2

Fonte: Questionário da qualidade de vida da OMS, projeto DIFAI – 2010.

Analisando as facetas do Whoqol-Old a faceta que mais se foi à morte e morrer com uma média de 86,1 pontos, seguida pelas facetas funcionamento do sensório com a média de 69,4 pontos, intimidade com 65,3 pontos, atividades do passado/presente/futuro com 56,9 pontos, autonomia com 41,6 pontos e por fim, participação social com 34,7 pontos.

Em relação à faceta morte e morrer, os idosos quando questionados sobre o fato de ter medo de controlar a morte, 66,6% responderam não ter medo de não poder controlar sua morte e apenas 33,3% responderam ter muito pouco medo de não poder controlar sua morte. Já para o quanto se tem medo de morrer, 88,8% responderam não ter medo de morrer e 11,1% responderam que tem muito pouco medo de morrer. Percebe-se que, nas questões referentes a essa faceta, estão associados alguns aspectos de espiritualidade, tais como: a crença em um ser

superior e vida após a morte, uma vez que boa parte dos idosos acredita que a morte é a única coisa certa que temos na vida e assim, não devemos temê-la e sim aceitá-la (TORRES, et. al., 2009).

A respeito da faceta funcionamento do sensório, ao questionar os idosos sobre até que ponto a perda dos sentidos afetam sua capacidade de participar em atividades, 44,4% responderam nada, 33,3% responderam muito pouco, 11,1% responderam mais ou menos ou extremamente. Ao responderem até que ponto o funcionamento dos seus sentidos afeta sua capacidade de interagir com as outras pessoas, obteve-se 44,4% para nada, 22,2% para muito pouco e apenas 11,1% para médio ou para muito. Os dados obtidos em nossa pesquisa apresentam-se de forma oposta à literatura a qual afirma que a perda dos sentidos (audição, visão, paladar, olfato e tato) afetam a vida diária, a capacidade de participar em atividades e a capacidade de interagir com outras pessoas (TORRES, et. al., 2009).

Tratando-se da faceta intimidade, ao perguntar até que ponto você tem sentimento de companheirismo em sua vida, 77,7% responderam que tem bastante, 11,1% responderam que tem extremamente e mais ou menos. Ao questionar os idosos sobre até que ponto sente amor em sua vida, 77,7% responderam bastante, 11,1% responderam mais ou menos ou muito pouco. Sobre a oportunidade de ser amado, 66,6% tem muita oportunidade para ser amado, 22,2% têm muito pouco, 11,1% tem completamente. Ao analisar as oportunidades de amar e serem amados constata-se que as mesmas estão presentes na vida dos idosos e fazem parte do seu dia a dia. Considerando que os sentimentos amorosos, não se referem somente ao companheiro/cônjuge, mas também aos amigos, familiares e meio social onde vive (FARIAS, 2010).

A faceta referente às atividades do presente, passado e futuro, ao questionar sobre a felicidade com as coisas que você pode esperar daqui para frente, 66,6% dos idosos responderam estar nem feliz nem infeliz, em contrapartida, 33,3% responderam que estão felizes. A explicação para esse desânimo em relação ao futuro é que na velhice, a presença de doenças e de incapacidades que determinam restrições no envolvimento social prazeroso provoca diminuição de afetos positivos quanto à esperança de vida (MINAYO, et. al., 2000).

No que diz respeito à faceta referente à autonomia, ao questionar sobre quanta liberdade você tem de tomar as próprias decisões 55,5% dos idosos responderam ter bastante liberdade, 22,2% deles responderam ter nada de liberdade, 11,1% responderam ter mais ou menos ou

muito pouco liberdade. Para os idosos o respeito a suas opiniões e tomadas de decisão são frutos de suas experiências vividas e da forma com que estabelecem vínculo com as pessoas ao seu redor, conquistando desta forma sua autonomia. Logo quando os indivíduos envelhecem com autonomia e independência a qualidade de vida destas pessoas pode ser muito boa ou, pelo menos, preservada (MARTINS, et. al., 2009).

Referente à faceta que trata da participação social, ao questionar sobre quão satisfeito você está com o seu nível de atividade 55,5% dos idosos responderam que estão insatisfeitos, 33,3% deles responderam nem satisfeitos nem insatisfeitos e 11,1% responderam muito insatisfeitos. Para a pergunta quão satisfeito você está com as oportunidades que tem para participar de atividades da comunidade 55,5% dos idosos responderam que estão insatisfeitos, 22,2% deles responderam nem satisfeitos nem insatisfeitos ou muito insatisfeitos.

A insatisfação com nível de atividade muitas vezes deve-se ao fato da presença da dor física que impede o idoso octogenário de fazer o que precisa ou gostaria e ainda da dependência de outras pessoas para tal. Com relação à oportunidade para participar das atividades na comunidade onde residem geralmente não é possível, pois, as opções de lazer voltadas para este público são escassas (FARIAS, 2010).

A família tem sofrido mudanças sociais ligadas à modernização, dentre elas a maior longevidade de seus membros, participação ativa da mulher no mercado de trabalho e a redução do número de componentes. Essa maior longevidade dentro do contexto familiar tem possibilitado uma convivência intergeracional mais prolongada onde existem relações afetivas e pessoais que se fazem presentes. Nesse sentido, a qualidade dessas relações familiares encontra-se associada à qualidade do cuidado (PAVARINI, 2006).

Para avaliar a dinâmica do funcionamento da família da perspectiva do idoso utilizou-se o instrumento Apgar de família. Sendo assim apresentam-se os seguintes dados:

Tabela 09. Domínios do Apgar de família dos idosos.

Sujeito:	Adaptação Intrafamiliar	Convivência e comunicação	Crescimento e desenvolvimento	Afeto	Dedicação à família
Id 1	2	4	4	3	4
Id 2	4	1	0	4	1
Id 3	1	0	0	0	0
Id 4	0	0	0	0	0
Id 5	4	4	4	4	4
Id 6	4	4	3	4	4
Id 7	4	4	4	4	4
Id 8	3	3	3	2	3
Id 9	4	4	2	4	2
Escores médios por domínio	2,8	2,6	2,2	2,7	2,4

Fonte: Questionário da dinâmica do funcionamento da família da perspectiva do idoso, projeto DIFAI – 2010.

Ao analisar os componentes do Apgar de Família verificamos que o que mais se destacou foi à adaptação intrafamiliar com uma média de 2,8 pontos entre os idosos do estudo. Em segundo lugar, destacou-se o componente afeto, com uma média de 2,7 pontos; seguido da convivência e comunicação (2,6 pontos), dedicação à família (2,4 pontos) e por fim crescimento e desenvolvimento com 2,2 pontos.

No componente adaptação intrafamiliar, quando perguntados sobre a satisfação em recorrer à família em busca de ajuda quando alguma coisa os incomoda ou os preocupa 55,5% dos idosos responderam estar sempre satisfeitos, 11,1% deles estão quase sempre satisfeitos, algumas vezes, raramente ou nunca.

Neste contexto pode-se salientar que muitos são os sentimentos construídos na convivência entre o idoso e seus familiares, o afeto, a ajuda mútua e a compreensão são aspectos essenciais que devem existir no relacionamento idoso/família (LEITE, et. al., 2008).

Em relação ao componente afeto 55,5% dos idosos estão sempre satisfeitos com a maneira pela qual a família demonstra afeição e reage às emoções do idoso, tais como raiva, mágoa ou amor, 22,2% deles nunca estão satisfeitos, 11,1% quase sempre e algumas vezes.

Já para o componente convivência e comunicação, quanto à satisfação pela maneira com a qual o idoso e sua família conversam e compartilham os problemas 55,5% dos idosos afirmam estar sempre satisfeitos, 22,2% nunca, 11,1% quase sempre ou raramente.

Os dados expostos acima vão ao encontro à literatura, pois segundo Leite, 2008 os indivíduos que estão vivenciando a velhice apresentam a necessidade de socializar os fatos corriqueiros da vida, ressaltando que o compartilhamento de emoções e sentimentos, frequentemente, ocorre entre familiares e amigos. Assim, é importante poder contar com alguém que se disponha a escutar, dialogar e muitas vezes ajudar a solucionar os problemas.

Quanto ao componente dedicação à família, ao serem questionados sobre a satisfação com a maneira que compartilham o tempo com a família 44,4% dos idosos estão sempre satisfeitos, 22,2% nunca, 11,1% quase sempre, algumas vezes ou raramente.

Famílias são instituições com várias características, dentre elas normas de relacionamento e convivência que podem oscilar em intensidade a depender da forma como são estabelecidos os vínculos de afetividade. O compartilhamento do tempo entre os integrantes do domicílio se dá de acordo com a dinâmica familiar estabelecida e com as oportunidades para a mesma (REIS, 2005).

Porém para o componente crescimento e desenvolvimento, quando perguntados sobre a satisfação com a maneira que a família aceita e apóia os desejos do idoso em iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos e direções 33,3% relata estar sempre satisfeitos, 33,3% nunca, 22,2% quase sempre e 11,1% algumas vezes. A autonomia, enquanto noção e exercício do autogoverno é verificada pela liberdade de tomar decisões e o quanto as pessoas que os cercam respeitam sua liberdade, pela capacidade de controle do futuro e pelo fato de conseguirem fazer as coisas que gostariam de estar fazendo (FARIAS, 2010).

Ao avaliar a percepção de satisfação do idoso em relação ao funcionamento de sua família, por meio dos escores totais, constatou-se que 66,6% dos idosos apresentam boa

funcionalidade familiar, 22,2% elevada disfunção familiar e 11,1% moderada disfunção familiar.

Assim como para o idoso, igualmente foi aplicado junto ao cuidador o instrumento Whoqol-Bref para analisar a qualidade de vida. Abaixo se apresenta a tabela com os devidos dados.

Tabela 10. Domínios do Whoqol-Bref do cuidador.

Sujeito:	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente
C 1	63	56	56	56
C 2	63	63	100	69
C 3	38	25	75	69
C 4	63	81	81	81
C 5	88	69	81	63
C 6	56	75	69	63
C 7	63	75	69	75
C 8	56	69	69	44
C 9	81	75	81	69
Escores médios por domínio	63,4	65,3	75,6	65,4

Fonte: Questionário da qualidade de vida da OMS, projeto DIFAI -2010.

Ao analisar os domínios da qualidade de vida do cuidador verificamos que sobressai é o domínio relações sociais, com uma média de 75,6 pontos entre os cuidadores participantes do estudo.

Em segundo lugar o domínio meio ambiente (65,4 pontos) e o domínio psicológico (65,3 pontos), por fim o domínio físico com 63,4 pontos.

Em relação ao domínio relações sociais, quando perguntados sobre quão satisfeitos estão com o apoio que recebem dos amigos 66,6% estão satisfeitos, 22,2% estão muito satisfeitos,

11,1% estão nem satisfeito nem insatisfeito. Os cuidadores deste estudo mostram-se inseridos e amparados por suas redes sociais o que é um ponto positivo, haja vista que são cuidadores de pessoas dependentes e estão suscetíveis ao stress. Estudos realizados por autores conceituados nos trazem que muitos cuidadores reclamam da falta de apoio e pouca ajuda prática da família e amigos, o que se torna um fator limitante da vida social (BOCCHI, 2004).

No que se refere ao domínio meio ambiente, quando perguntados sobre quão satisfeitos estão com as condições do local onde mora 55,5% dos cuidadores responderam que estão satisfeitos, 33,3% estão muito satisfeitos, 11,1% responderam que estão nem satisfeitos nem insatisfeitos. O fato de residirem na mesma comunidade por muitos anos, estarem bem adaptados ao local, conhecerem e possuírem vínculo harmonioso com a vizinhança, com as pessoas do ambiente domiciliar e, ainda, por sentirem-se seguros no mesmo leva os cuidadores a estarem satisfeitos com o local onde moram.

Já para quão satisfeito estão com o meio de transporte 55,5% responderam que estão satisfeitos, 33,3% muito satisfeitos, 11,1% muito insatisfeitos. Esta satisfação ocorre porque muitos dos cuidadores ou seus familiares possuem automóvel ou outro meio de locomoção. Os cuidadores que utilizam transporte coletivo possuem fácil acesso ao mesmo, além de contarem com horários frequentes e ter opções de escolha.

Quanto à quão satisfeitos estão com o acesso ao serviço de saúde 55,5% dos cuidadores responderam que estão satisfeitos, 33,3% muito satisfeitos, 11,1% nem satisfeitos nem insatisfeitos. A crescente atuação da Estratégia de Saúde da Família e a consolidação da atenção básica está proporcionando, cada vez mais, uma melhor organização e oferta com qualidade dos serviços para a população, que por sua vez sente-se bem assistida. Tratando-se do domínio psicológico, quando perguntados sobre em que medida acham que a sua vida tem sentido 66,6% dos cuidadores responderam que sua vida tem bastante sentido, 22,2% extremamente, 11,1% muito pouco.

Ao questionar-se sobre quão satisfeito está consigo mesmo 66,6% dos cuidadores estão satisfeitos, 22,2% muito satisfeitos, 11,1% insatisfeitos. Uma pessoa sente-se satisfeita porque experiência muitos momentos prazerosos e satisfatórios, acredita no seu valor pessoal, gerando auto-estima e autoconfiança. A auto estima pode ser definida como o sentimento, apreço e a consideração que uma pessoa sente por si própria, o quanto ela gosta de si, como

ela se vê e o que pensa sobre ela mesma (DANI, et. al., 2004). Ao se perceber como uma pessoa de valor passa a cultivar o sentimento de satisfação e sentido da vida.

Quanto à com que frequência tem sentimentos negativos 88,8% dos cuidadores responderam que algumas vezes e 11,1% muito frequentemente. Os sentimentos negativos são considerados como eventos estressantes no sentido de que requer do indivíduo alguma adaptação perante uma nova situação (NERI, et. al., 2004). Os cuidadores familiares vivem em um contexto de dificuldades financeiras, acúmulo com as tarefas domésticas, cuidados com a família e ainda consigo próprios, levando ao esgotamento emocional e surgimento de sentimentos negativos ao longo do tempo.

Em relação ao domínio físico, quando perguntados sobre a capacidade de se locomover 66,6% dos cuidadores responderam que se locomovem bem e 33,3% muito bem. Esta satisfação é gerada pela ausência da dor física e ambiente favorável.

A respeito da satisfação com o seu sono 44,4% dos cuidadores responderam que estão insatisfeitos 22,2% nem satisfeito nem insatisfeito, 22,2% satisfeitos e 11,1% muito insatisfeitos. Alguns fatos comprovados por pesquisas podem nos dar uma idéia da importância que tem o sono no nosso desempenho físico e mental. A má qualidade do sono pode afetar o equilíbrio de todo o organismo, quem dorme menos do que o necessário tem menor vigor físico, envelhece mais precocemente, está mais propenso à infecções, à obesidade, à hipertensão e ao diabetes (CRONFLI, 2002).

A insatisfação com o sono relatada pelos cuidadores pode ser relacionada com o stress, falta de atividade física, ansiedade, sentimentos negativo e associado à depressão. (OLIVEIRA, 2000)

Referindo-se sobre quão satisfeitos estão com a capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia 55,5% dos cuidadores responderam que estão satisfeitos, 22,2% nem satisfeitos nem insatisfeitos, 11,1% insatisfeitos e 11,1% muito satisfeitos.

Esta satisfação está atrelada ao fato de que os cuidadores além de dispensar cuidados diários e integrais aos idosos, ainda realizam atividades corriqueiras como limpar a casa, fazer comida, ir ao supermercado, pagar as contas, etc., sem maiores impedimentos físicos.

Para avaliar o conjunto de ações do cotidiano de cada cuidador familiar, utilizou-se o questionário do estilo de vida individual o qual reflete as atitudes, valores e oportunidades dos mesmos. A seguir apresentamos os resultados na tabela 11.

Tabela 11. Componentes do Estilo de Vida Individual do cuidador.

	C 1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	Escore Total
Nutrição	4	6	5	9	6	6	8	5	6	55
Atividade Física	9	1	2	2	0	0	1	3	0	18
Comportamento Preventivo	6	7	7	9	5	8	6	7	5	60
Relacionamentos	8	4	5	9	7	3	3	3	7	49
Controle do Stress	5	6	7	5	1	5	5	5	8	47

Fonte: Escala de bem estar, projeto DIFAI – 2010

Durante a análise dos componentes do estilo de vida do indivíduo sobressai em primeiro lugar o componente comportamento preventivo, com uma média de 6,6 pontos entre os cuidadores do estudo. Em segundo lugar, destacou-se o componente nutrição com uma média de 6,1 pontos, seguido dos relacionamentos (5,4 pontos), controle do stress (5,2 pontos) e por último atividade física com 2,0 pontos.

No componente comportamento preventivo, quando questionados se conhecem sua pressão arterial, níveis de colesterol e procuram controlá-los 44,4% dos cuidadores quase sempre tem esse controle, 22,2% afirmam sempre, 22,2% às vezes e 11,1% absolutamente não.

Já para o hábito de não fumar e não ingerir álcool (ou com moderação) 55,5% dos cuidadores relataram que possuem esta atitude diariamente, 22,2% não possui, 11,1% às vezes e 11,1% quase sempre.

Quanto ao respeito às normas de trânsito (como pedestre ciclista ou motorista); se dirige usa sempre o cinto de segurança e nunca ingere álcool 88,8% dos cuidadores responderam sempre ter esta postura e 11,1% quase sempre. Visto o exposto acima, vale ressaltar que o comportamento preventivo em saúde é definido como ações individuais ou coletivas, executadas voluntariamente pelo indivíduo (XAVIER, 2009).

Diante disso, pode-se perceber que os cuidadores familiares realizam comportamentos preventivos tais como: possuem conhecimento e controle de sua saúde; evitam a ingestão de álcool e fumo; respeitam as normas de trânsito. Contribuindo assim para um bom estilo de vida.

As ações que caracterizam o estilo de vida pessoal são: a quantidade e qualidade da alimentação ingerida, o controle do peso, conhecimento e controle dos problemas de saúde, o uso de fumo, álcool e drogas em geral, a prática de atividades físicas regulares e atitudes frente à vida. No que se refere ao componente nutrição dos cuidadores 44,4% relataram que sua alimentação sempre inclui diariamente pelo menos 5 porções de frutas e hortaliças, 33,3 % revelaram que às vezes e 22,2 % quase sempre.

Ao perguntar sobre a ingestão de alimentos gordurosos (carnes gordas, frituras) e doces 33,3% dos cuidadores responderam que evitam ingerir às vezes, 33,3% quase sempre e 33,3% sempre evitam. Porém quando perguntados se realizam de 4 a 5 refeições variadas ao dia, incluindo um bom café da manhã, 44,4% dos cuidadores relataram que a afirmação é sempre verdadeira, 22,2% quase sempre, 22,2% às vezes e 11,1% absolutamente não faz parte do seu dia a dia.

As fontes energéticas do organismo diminuem com a idade, particularmente se a atividade física é limitada. Contudo, o corpo continua a precisar das mesmas quantidades de proteínas, vitaminas e minerais, por isso, é fundamental que os alimentos ingeridos sejam ricos do ponto de vista nutricional. É importante que a alimentação seja equilibrada, para isto é preciso variar os tipos de alimentos, sendo assim uma pessoa deve realizar de 4 a 5 refeições diariamente composta por frutas, verduras, hortaliças, proteína e carboidrato sendo este em menor quantidade. Lembrando sempre do consumo moderado de açúcar e gorduras, pois ajuda a manter o peso adequado e a prevenir doenças cardiovasculares, obesidade e diabetes. Uma alimentação saudável tem influência no bem-estar físico e mental, no equilíbrio emocional, na prevenção e tratamento de doenças (BRASIL, 2008).

Por meio da avaliação dos escores totais com base no pentáculo do bem-estar de Nahas, 2000 pode-se observar que os cuidadores do estudo possuem um padrão regular dos hábitos alimentares.

Ao tratar-se do componente relacionamento, quanto ao cultivo de amigos e satisfação com seus relacionamentos 88,8% dos cuidadores responderam estar sempre satisfeitos e

11,1% quase sempre. Quando perguntados se seu lazer inclui encontros com os amigos, atividades esportivas em grupo, participação em associações ou entidades sociais 33,3% dos cuidadores responderam que não, 22,2% às vezes, 22,2% quase sempre e 22,2% sempre. O que é confirmado quando ao perguntar-se se procuram ser ativos em sua comunidade, sentindo-se útil no seu ambiente social 44,4% deles relatam que não possuem este hábito, 22,2% quase sempre, 22,2% sempre e 11,1% às vezes.

Embora os cuidadores estejam satisfeitos com seus relacionamentos a redução da convivência social e comunitária e do lazer pode ser explicada pela falta de oportunidade para esta prática, assim como no componente atividade física. Portanto, reservar um tempo para si pode ajudar na busca de estar integrado dentro de grupos, entidades, associações e comunidade, bem como propiciar maior lazer, interação e convivência com seu círculo de relacionamentos.

Em relação ao componente controle do stress, 33,3% dos cuidadores afirmam quase sempre reservar ao menos 5 minutos todos os dias para relaxar, 33,3% sempre, 22,2% não e 11,1% às vezes. Quando se trata de manter uma discussão sem alterar-se, mesmo quando contrariado 55,5% deles responderam sempre, 22,2% às vezes, 11,1% quase sempre e 11,1% não. Para o equilíbrio entre o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer 55,5% dos cuidadores responderam que quase sempre procuram manter este equilíbrio, 22,2% às vezes e 22,2% não tem este hábito. O ato de cuidar de pessoas idosas dependentes tem sido colocado pelos cuidadores como uma tarefa exaustiva e estressante, pelo envolvimento afetivo e por ocorrer uma transformação de uma relação anterior de reciprocidade para uma relação de dependência.

O evento estressante ocorre quando há má combinação entre as demandas do ambiente e os recursos individuais para lidar com o stress. Como estratégias de enfrentamentos para lidar com o stress conta-se com: o suporte social, a religiosidade, a redefinição da situação, a redução da tensão e a solução do problema (BRASIL, 2008).

Os cuidadores dessa pesquisa relataram que por mais que vivenciem eventos estressantes conseguem superá-los e sentem-se preparados para lidar com a maior parte deles. Este controle é evidenciado pelo fato de manterem uma discussão sem alterar-se, reservarem um tempo para relaxar e quase sempre buscar o equilíbrio entre o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer.

Em relação ao componente atividade física 88,8% dos cuidadores afirmaram que não praticam ao menos 30 minutos de atividades físicas moderadas/intensas de forma continua ou acumulada 5 ou mais vezes por semana, enquanto que apenas 11,1% deles relatam que praticam sempre. Quanto à realização de exercícios que envolvam força e alongamento muscular ao menos duas vezes por semana 77,7% dos cuidadores responderam que não realizam 11,1% realizam às vezes e somente 11,1% afirmam que sempre realizam. Sobre o hábito de no seu dia a dia, caminhar ou pedalar como meio de transporte e, preferencialmente, usar as escadas ao invés do elevador 44,4% responderam que não possuem este hábito, 22,2% sempre, 22,2% quase sempre e 11,1% às vezes tem este hábito.

A tarefa de cuidar de alguém geralmente se somando às outras atividades do dia-a-dia faz com que o cuidador fique sobrecarregado, pois muitas vezes assume sozinho a responsabilidade pelos cuidados. Diante dessa situação é comum o cuidador abandonar a prática de exercícios físicos por falta de tempo (BRASIL, 2008). É fundamental que o cuidador reserve alguns momentos do seu dia cuidar de si, relaxar e praticar alguma atividade física e de lazer. Sabe-se que a atividade física regular e moderada pode retardar declínios funcionais e diminuir a incidência de doenças crônicas (FARIAS, 2010).

Por meio das atividades físicas é possível perceber grandes melhorias nos aspectos psicossociais, auto-estima, autoconfiança e autonomia, além de proporcionar a integração. Neste aspecto os dados nos mostram que os cuidadores apresentam um padrão indesejável a prática de atividades físicas.

Outro modo de descrever e avaliar o estilo de vida individual do cuidador é por meio da análise da pontuação segundo o Pentáculo do bem estar (NAHAS, 2000), no qual cada componente pode somar o mínimo de 0 e o máximo de 9 pontos. Sendo assim é estabelecido para avaliação que de 0 à 3 pontos é indesejável, 4 à 6 pontos é regular e 7 à 9 pontos é bom.

Tabela 12. Avaliação do estilo de vida individual do cuidador com base no pentágulo do bem estar - base conceitual para avaliação de estilo de vida de indivíduos ou grupos (NAHAS, 2000)

	C 1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9
Nutrição	Regular	Regular	Regular	Bom	Regular	Regular	Bom	Regular	Regular
Atividade Física	Bom	Indesejável	Indesejável	Indesejável	Indesejável	Indesejável	Indesejável	Indesejável	Indesejável
Comportamento Preventivo	Regular	Bom	Bom	Bom	Regular	Bom	Regular	Bom	Regular
Relacionamentos	Bom	Regular	Regular	Bom	Bom	Indesejável	Indesejável	Indesejável	Bom
Controle do Stress	Regular	Regular	Bom	Regular	Indesejável	Regular	Regular	Regular	Bom

Fonte: O pentágulo do bem-estar (NAHAS, 2000) - adaptado.

Ao analisar a tabela acima se percebe que 77,7% dos cuidadores apresentam uma nutrição regular e 22,2% nutrição boa. Tratando-se do item atividade física é visível que 99,% dos cuidadores possuem uma atividade física indesejável e somente 11,1% boa. No que se refere ao comportamento preventivo 55,5% deles apresentam um bom comportamento preventivo e 44,4% responderam que possuem um comportamento preventivo regular.

Em relação aos relacionamentos 33,3% dos cuidadores apresentaram bom e regular, mas 22,2% foram avaliados como indesejável para os relacionamentos. O último item corresponde ao controle do stress onde 66,6% dos cuidadores apresentaram um regular controle do stress, 22,2% apresentaram bom controle do stress e 11,1% indesejável.

Segundo as análises acima citadas pode se considerar que predomina o estilo de vida regular entre os cuidadores.

4. CONCLUSÃO

Evidentemente a longevidade contribui para o envelhecimento da população que associada às fragilidades comuns neste processo leva a crescente demanda de cuidados. Conhecer a qualidade de vida de idosos e o estilo de vida do seu cuidador principal propicia

elementos importantes para adequação do cuidado a este público, permitindo o entendimento de suas necessidades (FARIAS, 2010).

O Questionário de Perfil do Familiar Cuidador - QPFC, foi fundamental para levantar as características sociodemográficas dos sujeitos dessa pesquisa, onde o que mais prevaleceu foram idosos do sexo feminino, a maioria sendo cuidada pelas filhas. Como já é esperado, nesta faixa etária, todos os idosos apresentaram mais de uma doença associada e necessitam de tratamento médico para levar sua vida diária. A maior parte dos cuidadores principais do estudo avaliam sua condição de saúde como sendo regular e o local de escolha para o tratamento e acompanhamento de saúde são geralmente os centros de saúde e hospitais públicos (SUS). Tal escolha se deve as condições socioeconômicas desses cuidadores, melhoria no acesso aos serviços tanto na atenção básica como na média e alta complexidade o que reflete na satisfação com o mesmo.

Os instrumentos Whoqol-Bref e Whoqol-Old utilizados representaram uma ferramenta importante na busca do conhecimento da qualidade de vida dos idosos do estudo. Quanto aos resultados obtidos, vale ressaltar, que maioria dos idosos mais longevos têm uma percepção de boa qualidade de vida.

O Apgar de família foi de fácil entendimento por parte de todos os idosos e retratou que a maior parte deles apresentam boa funcionalidade familiar. Entende-se que o processo de cuidar de pessoas idosas com dependência no âmbito domiciliar é um processo complexo e gera um desequilíbrio no ambiente, exigindo assim novas interações, ações e relações entre seus membros. O processo de cuidar no contexto familiar pertence ao domínio das relações entre os indivíduos, inseridos em grupos sociais permeados por valores, atitudes e símbolos compartilhados (ALVAREZ, 2001).

O questionário do Estilo de Vida, derivado do modelo do Pentágulo do Bem-Estar é um instrumento que nos permitiu avaliar o estilo de vida dos cuidadores principais de maneira clara e compreensível. Onde a maioria dos cuidadores teve uma avaliação regular do estilo de vida pelo indesejável nível de atividades físicas e por apresentarem regular hábitos alimentares.

No âmbito de cuidados com a saúde da população percebe-se a necessidade de ser programadas estratégias com o objetivo de prevenir e controlar as comorbidades e de incentivar a adoção de hábitos de vida saudáveis. Os resultados deste estudo procuram

incentivar uma reflexão sobre as ações da saúde voltadas para a pessoa idosa e principalmente seu cuidador. Vale ressaltar que a atuação da estratégia de saúde da família e a consolidação da atenção básica está proporcionando cada vez mais uma melhor organização e oferta com qualidade dos serviços para a população que por sua vez sente-se bem assistida.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

No desenvolvimento deste trabalho, não houve dificuldades em relação à escolha do local a ser desenvolvido, pois já havíamos realizado estágio no campo durante outro momento da graduação o que contribuiu no contato com a população e equipe do CS. O tema foi escolhido com a certeza de que havia a necessidade de mais estudos para despertar reflexões por parte dos gestores e profissionais da área da saúde, o que se confirma após o estudo. Outro fator que contribuiu para que a pesquisa fosse desenvolvida de forma eficaz foi à contribuição dos ACS e das enfermeiras do CS na seleção e localização dos sujeitos.

No entanto, algumas dificuldades foram encontradas durante a pesquisa. O fato da listagem disponibilizada pela SMS/PMF encontrar-se desatualizada, assim como a falta de dados nos registros do Infosaúde, que dificultaram e tornaram muito mais trabalhosa a seleção da amostra.

Os instrumentos utilizados durante a pesquisa foram de fundamental importância, pois representam ferramentas importantes na busca do conhecimento da qualidade de vida dos idosos. Entretanto, a forma como estão elaboradas as perguntas dos instrumentos Whoqol-Bref e Whoqol-Old, dificultam a compreensão por parte dos idosos, sendo necessária muitas vezes uma maior explicação das perguntas.

Quanto aos resultados, vale ressaltar que maioria dos idosos mais longevos têm uma percepção de boa qualidade de vida e seus cuidadores principais mantêm um estilo de vida regular. Assim, pode-se concluir que boa saúde física aliadas ao desempenho de papéis sociais, faz com que as pessoas mantenham-se ativas com a sua qualidade de vida preservada ao longo dos anos.

Conhecer a qualidade de vida de idosos propicia elementos importantes para adequação do cuidado a este público, permitindo o entendimento de suas necessidades, o que nos leva a compreender as crescentes demandas dos idosos e de suas famílias. Deve-se criar estratégias

de saúde que priorize o equilíbrio familiar, por meio de educação em saúde, com o intuito de melhorar a assistência aos idosos e diminuir os custos emocionais da própria família. Portanto, as equipes da Estratégia de Saúde da família têm papel fundamental no alcance da boa qualidade de vida da população em geral, especificamente dos idosos e de seus cuidadores familiares.

É possível estabelecer estratégias que ampliem o alcance da boa qualidade de vida na quarta idade, como também estratégias que sensibilizem o cuidador em manter um estilo de vida saudável, já que a saúde é um dos elementos a serem considerados para envelhecer com qualidade.

Por fim, este estudo nos fez refletir, sobre a importância da pesquisa na área da saúde, principalmente para o profissional enfermeiro. Pois vivenciamos o fato de ser enfermeiras e pesquisadoras e aprendemos a considerar os resultados obtidos como forma de indicadores de saúde para que se possa criar ou fortalecer ações e estratégias específicas.

REFERÊNCIAS

Referências do Projeto:

ALVES, J. E. D. **Envelhecimento e longevidade**. Junho de 2009. Disponível em <http://opensadorselvagem.org/ciencia-e-humanidades/demografia/envelhecimento-e-longevidade> . Acesso em 22 de junho de 2010.

BOCCHI, S. C. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): uma análise do conhecimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.12, n.1, jan./fev. 2004. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000100016. Acesso em 19 de junho de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196. Aspectos éticos envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica nº 19. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. 2006. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf. Acesso em 23 de junho de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica nº 21. **Vigilância em saúde**. 2008. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/abcad21.pdf>. Acesso em 23 de junho de 2010.

BRASIL. Presidência da república - Casa Civil. Subchefia de assuntos jurídicos. **Lei nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003**. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em 23 de junho de 2010.

CASSIS, S. V. A. et al. Correlação entre o estresse do cuidador e as características clínicas do paciente portador de demência. **Revista Associação de Medicina Brasileira**, 2007. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=470425&indexSearch=ID>. Acesso em 19 de junho de 2010.

DAMAS, K. C. A. et al. Cuidando do cuidador: reflexões sobre o aprendizado dessa habilidade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.6, 2004. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/pdf/R1_cuidador.pdf. Acesso em 20 de junho de 2010.

FARIAS, R. G. **Qualidade de vida e envelhecimento ativo em idosos mais idosos residentes na comunidade**. Florianópolis, 2010. Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem). Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

FERNANDES, M. G. M.; GARCIA, T. R. Estrutura conceitual da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 2009. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/pdf/v11n3a02.pdf>. Acesso em 21 de junho de 2010.

FILHO, E. T. C. et al. **Hipertensão arterial no idoso**. São Paulo. Setembro, 1983. Disponível em <http://www.arquivosonline.com.br/pesquisartigos/pdfs/1983/v41n3/41030012.pdf>. Acesso em 22 de junho de 2010.

FLECK, M. P. A. **Versão em português do instrumento de avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL) 2000 – anexo: WHOQOL abreviado-versão em português**. Disponível em: www.ufrgs.br/psiq/whoqol84.html. Acesso em 16 de junho de 2010.

FLECK, M. P. A. et al. **Journal of Public Health**. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. v.34. n.2, abr. 2000. Revista de Saúde Pública. Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. Disponível em www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf. Acesso em 16 de junho de 2010.

FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **Perfil dos idosos Responsáveis pelos domicílios no Brasil**. 2002. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfidosos2000.pdf>. Acesso em 22 de junho de 2010.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, jun. 2003. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300019&lang=pt. Acesso em 21 de junho de 2010.

LEITÃO, G. C. M.; ALMEIDA, D. T. O cuidador e sua qualidade de vida. **Acta Paulista de Enfermagem**. v.13, n.1, p. 80-85, jan./abr. 2000.

LIMA, H. C. G.; ALVES, F. P. **O papel da enfermagem na saúde do idoso dentro da atenção básica de saúde**. abr. 2009. Disponível em <http://www.webartigos.com/articles/17190/1/o-papel-da-enfermagem-na-sade-do-idoso-dentro-da-ateno-bsica-de-sade/pagina1.html>. Acesso em 24 de junho de 2010.

MINAYO, M. C. S. et al. Qualidade de vida na velhice: um debate necessário. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. v.5, n.1, p. 7-18, 2000.

NERI, A. L. et al. Velhice bem sucedida: aspectos afetivos e cognitivos. Campinas, SP: Papirus, 2004.

OLIVEIRA, S. K. et al. **Perfil dos cuidadores de idosos atendidos pelo projeto de assistência interdisciplinar a idosos em nível primário -PAINP**. Londrina – PR, 2000. Disponível em

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:SMXP6R0nY3cJ:www.uel.br/projetos/gesen/pages/arquivos/Perfil%2520dos%2520cuidadores%2520de%2520idosos%2520atendidos%2520pelo%2520projeto%2520de%2520assist%C3%Aancia%2520interdisciplinar%2520a%2520idosos%2520em%2520n%C3%ADvel%2520prim%C3%A1rio%2520%2520-%2520PAINP%2520%E2%80%93Londrina%2520Pr.doc+PERFIL+DOS+CUIDADORES+DE+IDOSOS+PAINP++LONDRINA+%E2%80%93PR&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em 22 de junho de 2010.

RESENDE, M. C. F; DIAS, E. C. Cuidadores de idosos: um novo / velho trabalho. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.18, n.4, 2008.

ROCHA, M. P. F. et. al. Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília v.61, n.6, nov./dez.2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000600002&lang=pt. Acesso em 20 de junho de 2010.

SANTANA, M. et al. Indicativos de aplicabilidade das orientações de enfermagem no cotidiano de cuidadores de portadores de Alzheimer. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v.43, n.2, jun. 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-2342009000200028&lang=pt. Acesso em 21 de junho de 2010.

SILVA, A. L.; PINTO, C. V. D. T. Razão e sensibilidade no cuidado informal: narrativas de homens idosos cuidadores. In: Cuidado à pessoas idosas- Estudos no contexto luso- brasileiro. Porto Alegre: Sulina, 2010.

SOCIEDADE RECREATIVA E CULTURAL UNIDOS DA COLONINHA 2009-2010. **A comunidade**. Disponível em http://www.coloninha.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=23&Itemid=85. Acesso em 22 de junho de 2010.

TEIXEIRA, M. B. Qualidade de vida de familiares cuidadores do doente esquizofrênico. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2005. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=14802&indexSearch=ID>. Acesso em 21 de junho de 2010.

TORRES, G. V. et al. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v.58, n.1, p. 39-44, mai. 2009;

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. O positivismo/ A Fenomenologia/ O Marxismo**. São Paulo: Editora Atlas, 1995.

VILAÇA, C. M. et al. O autocuidado de cuidadores informais em domicílio- percepção de acadêmicos em enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.7, n.2. 2005. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_2/pdf/RELATO_02.pdf. Acesso em 19 de junho de 2010.

Referências do Manuscrito:

AGUIAR, J. E. A **experiência da coresidência para idosas em família intergeracional**. 2007. Disponível em http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:J5Zv_0iT07MJ:www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do%3Fselect_action%3D%26co_obra%3D115857+co-residencia&cd=3&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br. Acesso em 22 de junho de 2010.

ALVAREZ, A. M. Tendo o que cuidar: a vivência do idoso e de sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar. Florianópolis, 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

ALVES, J. E. D. **Envelhecimento e longevidade**. Junho de 2009. Disponível em <<http://opendata.org/ciencia-e-humanidades/demografia/envelhecimento-e-longevidade>> Acesso em 22 de junho de 2010.

ANDRADE, F. A. et al. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.14, n.2, mar./abr. 2006.

BOCCHI, S. C. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): uma análise do conhecimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.12, n.1, jan./fev. 2004. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000100016. Acesso em 19 de junho de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica nº 19. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. 2006. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf. Acesso em 22 de junho de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador** – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CARDOSO, S. C. **Memória: O Que é e Como Melhorá-la**. 2008. Disponível em <http://www.cerebromente.org.br/n01/memo/memoria.htm>. Acesso em 23 de junho de 2010.

CARDOSO; V. D. Estilo de vida de uma pessoa antes e após a ocorrência de um Acidente Vascular Encefálico (AVE): um estudo de caso. Faculdade de Desporto da Universidade do Porto – Portugal. **Revista Digital**. Buenos Aires - Ano 15, n.145, jun. 2010 Disponível em <http://www.efdeportes.com/efd145/antes-e-apos-acidente-vascular-encefalico.htm>. Acessado em 22 de junho de 2010.

CRONFLI, R. T. **A Importância do Sono**. 2002. Disponível em <http://www.cerebromente.org.br/n16/opiniaio/dormir-bem1.html>. Acesso em 21 de junho de 2010.

DANI, G. M. et al. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg. **Rev. Soc. Bras. Cir. Plást.** São Paulo, v.19, n.1, p. 41-52, jan./abr. 2004.

FARIAS, R. G. **Qualidade de vida e envelhecimento ativo em idosos mais idosos residentes na comunidade**. Florianópolis, 2010. Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem). Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

FILHO, E. T. C. et al. **Hipertensão arterial no idoso**. São Paulo. Setembro, 1983. Disponível em <http://www.arquivosonline.com.br/pesquisartigos/pdfs/1983/v41n3/41030012.pdf>. Acesso em 22 de junho de 2010.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

GONÇALVES, L. H. T. et al. **A Dinâmica da família de idosos mais idosos: o convívio e cuidados na quarta idade – DIFAI**. UFSC/PEN/GESPI; Escola Superior de Enfermagem e Universidade do Porto, Portugal; UFPA/EPOTENA; UESB/DS; UFSM/CESNORS. 2008-2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **Perfil dos idosos Responsáveis pelos domicílios no Brasil**. 2002. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfidosos2000.pdf>. Acesso em 22 de junho de 2010.

JUNIOR, M. F. S; SANTOS, A. M. Concepções de qualidade de vida de idosos asilados de Penápolis-SP. **Revista Digital** - Buenos Aires – 2006. Disponível em <http://www.efdeportes.com/efd97/idosos.htm>. Acesso em 23 de junho de 2010.

JUNQUEIRA, L. A. P; AUGÉ, A. P. F. **Qualidade dos serviços de saúde e satisfação do usuário**. Cadernos FUNDAP. n° 19, Janeiro-Abril, 1996. Disponível em <http://www.fundap.sp.gov.br/publicacoes/cadernos/cad19/Fundap%2019/QUALIDADE%20DOS%20SERVICOS%20DE%20SAUDE%20E%20SATISFACAO%20DO%20USUARIO%20%271%27.pdf>. Acesso em 22 de junho de 2010.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, jun. 2003. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300019&lang=pt. Acesso em 21 de junho de 2010.

LEITE, M. T. et al. Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. **Revista Texto & Contexto – Enfermagem**. Florianópolis, v.17 n.2, abr./jun. 2008.

MARTINS, J. de J. et al. **Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares**. Acta Paul Enferm. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a05v22n3.pdf>. Acesso em 21 de junho de 2010.

MINAYO, M. C. S. et al. Qualidade de vida na velhice: um debate necessário. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. v.5, n.1, p. 7-18, 2000.

NAHAS, M.V. et al. O pentágulo do bem-estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. v. 5, n. 2, p. 48-59, abr./jun. 2000

NERI, A. L. et al. Velhice bem sucedida: aspectos afetivos e cognitivos. Campinas, SP: Papirus, 2004.

OLIVEIRA, S. K. et al. **Perfil dos cuidadores de idosos atendidos pelo projeto de assistência interdisciplinar a idosos em nível primário - PAINP**. Londrina – PR, 2000. Disponível em <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:SMXP6ROnY3cJ:www.uel.br/projetos/gesen/pages/arquivos/Perfil%2520dos%2520cuidadores%2520de%2520idosos%2520atendidos%2520pelo%2520projeto%2520de%2520assist%C3%A4ncia%2520interdisciplinar%2520a%2520idosos%2520em%2520n%C3%ADvel%2520prim%C3%A1rio%2520%2520-%2520PAINP%2520%E2%80%93Londrina%2520Pr.doc+PERFIL+DOS+CUIDADORES+DE+IDOSOS+PAINP++LONDRINA+%E2%80%93PR&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em 22 de junho de 2010.

PAVARINI, S. C. L. et. al. Quem irá empurrar minha cadeira de roda? A escolha do cuidador familiar do idoso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 03, p. 326 - 335, 2006. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a03.htm. Acessado em 03 de julho de 2010.

REIS, A. L. O. da C. **Idosos em família: chefia ou dependência determinantes socioeconômicos e demográficos**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – IBGE. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em http://www.ence.ibge.gov.br/pos_graduacao/mestrado/dissertacoes/pdf/2005/ana_luisa_oliveira_da_costa_reis_TC.pdf. Acesso em 23 de junho de 2010.

RESENDE, M. C. F; DIAS, E. C. Cuidadores de idosos: um novo / velho trabalho. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.18, n.4, 2008.

ROCHA, M. P. F. et. al. Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília v.61, n.6, nov./dez.2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000600002&lang=pt. Acesso em 20 de junho de 2010.

SANTANA, M. et al. Indicativos de aplicabilidade das orientações de enfermagem no cotidiano de cuidadores de portadores de Alzheimer. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v.43, n.2, jun. 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-2342009000200028&lang=pt. Acesso em 21 de junho de 2010.

SILVA, A. L.; PINTO, C. V. D. T. Razão e sensibilidade no cuidado informal: narrativas de homens idosos cuidadores. In: Cuidado à pessoas idosas- Estudos no contexto luso- brasileiro. Porto Alegre: Sulina, 2010.

TEIXEIRA, M. B. Qualidade de vida de familiares cuidadores do doente esquizofrênico. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2005. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=14802&indexSearch=ID>. Acesso em 21 de junho de 2010.

TORRES, G. V. et al. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v.58, n.1, p. 39-44, mai. 2009;

XAVIER, G.N.A. **Revisão da literatura: Estilo de Vida e Saúde. Cap. II**, 2009. Disponível em <http://www.eps.ufsc.br/disserta97/xavier/cap2.htm>. Acessado em 20 de junho de 2010.

APÊNDICE

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estela Macalli Alves e Juliana Araújo Martins, acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC, sob orientação da Profa. Dra. Rosângela Maria Fenilli, visam desenvolver a pesquisa intitulada: ***“A sobrecarga do cuidador principal de idosos na quarta idade dependentes para o cuidado”***. Esta pesquisa faz parte de um estudo de abrangência maior intitulado: A Dinâmica da família de idosos mais idosos: o convívio e cuidados na quarta idade – DIFAI.

O estudo tem o objetivo de avaliar a dinâmica familiar e aspectos da qualidade de vida do idoso e seu cuidador residentes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Coloninha, no município de Florianópolis.

Os dados serão coletados através da aplicação dos instrumentos: Questionário de Perfil da Família Cuidadora – QPFC, WHOQOL-OLD, WHOQOL-Bref, APGAR de família e Escala de Bem Estar. Este estudo terá início no mês de março de 2010 e término em junho do mesmo ano.

Os procedimentos adotados obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece risco à sua dignidade ou sua saúde, de forma que não haverá riscos para você participar. Você não terá nenhum tipo de despesa por participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo pode entrar em contato pelos telefones (48) 9935 3436/ (48) 8835 0605 ou pelos e-mails: estelamacalli@hotmail.com, jolymartinshotmail.com. Caso você aceite participar, garantimos que seu nome ficará em sigilo, bem como as informações fornecidas somente serão utilizadas neste estudo. Os resultados desta pesquisa podem ser divulgados no meio acadêmico e em publicações científicas.

Assinaturas:

Pesquisadora Responsável: Dra. Rosângela Maria Fenilli.

Fone: (48) 9980 8340.

Pesquisadores Principais: Estela Macalli Alves e Juliana Araújo Martins.

Eu, _____, fui esclarecido (a) sobre a pesquisa e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Assinatura: _____ RG: _____

Florianópolis, ____ de _____ de 2010.

Nota: Estes termos serão assinados em 2 vias, ficará uma de posse dos pesquisadores e outra do (a) participante da pesquisa.

ANEXOS

Anexo 1 – Whoqol-Bref. Questionário de Qualidade de Vida da OMS .
(para aplicação em familiar cuidador e no idoso).

Nº do respondente: _____ Cód.: _____

Aplicador(a): _____

Data: ____/____/____

Instruções para Aplicação Assistida

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões** . Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas ultimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	Muito pouco	médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nesta últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	médio	muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

	nada	Muito pouco	médio	muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parecer a melhor resposta.

		Muito ruim	ruim	Nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem Sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida Diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	Muito pouco	moderado	muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas Necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	Nem ruim	bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16	Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5

21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

27-O que é para o(a) Sr(a) ter qualidade de vida ou não ter qualidade de vida? E como é sua qualidade de vida?

Nota: para maior informação e orientações acerca do instrumento WHOQOL, consultar o site: [www.ufrgs.br/psiq/whoqol 84.html](http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol%2084.html).

Anexo 2 – Whoqol-OI - para aplicação em idoso sem interferência do familiar)

Nº do respondente: _____ Cód.: _____

Aplicador(a): _____

Data: ____/____/____



WHOQOL-OLD

Instruções

ESTE INSTRUMENTO **NAO** DEVE SER APLICADO INDIVIDUALMENTE, MAS SIM **EM CONJUNTO** COM O INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser :

O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremar
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro “Bastante”, ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado “Nada” com o futuro. Por favor leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

Muito obrigado(a) pela sua colaboração!

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

old_01 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_02 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_03 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_04 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_05 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_06 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_07 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_08 O quanto você tem medo de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_09 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

old_10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz ou bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

old_15 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	insatisfeito	4	5
		3		

old_16 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	insatisfeito	4	5
		3		

old_17 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	insatisfeito	4	5
		3		

old_18 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	insatisfeito	4	5
		3		

old_19 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz	Feliz	Muito feliz
1	2	nem infeliz	4	5
		3		

old_20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim	Boa	Muito boa
1	2	nem boa	4	5
		3		

As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

old_21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

VOCÊ TEM ALGUM COMENTÁRIO SOBRE O QUESTIONÁRIO?

OBRIGADO(A) PELA SUA COLABORAÇÃO!

Anexo 3 – Questionário do Perfil do familiar Cuidador - (a ser respondido pelo familiar cuidador).

Cod. do respondente: _____ Data: ____/____/____.

PARTE I – CUIDADOR PRINCIPAL (auto-nominado pela própria família: porque cuida, é responsável e toma decisões pelo idoso cuidado).

Identificação

1. Sexo:

1. masculino
2. feminino

2. Qual é atualmente seu estado conjugal?

1. casado/morando junto – Há quanto tempo, em sua união/ casamento? ____ anos.
2. viúvo(a) – Há quanto tempo, em sua ultima viuvez? ____ anos.
3. divorciado(a)/separado(a) – Há quanto tempo nesta ultima separação? ____ anos.
4. solteiro/a

3. Qual é sua idade? ____ anos. Data de nascimento: ____/____/____

4. Tem religião?

1. sim
2. não (passe para a questão 6)

5. Se sim, qual é a sua religião? _____ É praticante?

1. Sim
2. Não

6. Qual é sua escolaridade máxima?

1. nenhuma
2. primária ou até 4ª série
3. ginásio ou 1º grau incompleto (- de 8 anos)
4. ginásio ou 1º grau completo (8 anos)
5. 2º grau incompleto (científico, clássico, normal, técnico de contabilidade e outros)
6. 2º grau completo
7. superior (faculdade) incompleto
8. superior (faculdade) completo
9. outra. Especificar: _____

7. Trabalha fora como ocupação remunerada atualmente?

1. sim
2. não (passe para a questão 12.)
3. aposentado/pensionista (passe para a questão 12.)

8. Qual a sua profissão/ocupação? _____

9. Onde trabalha? _____

10. Quantas horas semanais trabalha? _____

11. Qual é o turno de trabalho?

1. diurno
2. noturno
3. outros. Especifique: _____

12. Quantos filhos(as) tem?

1. _____ filhos, _____ filhas. Total _____
2. nenhum

13. Quantos filhos/netos ou outros dependentes têm além do (da) idoso (a) que você cuida? _____

14. O(a) idoso(a) sendo cuidado(a) mora com o(a) Sr.(a)?

1. sim
2. não

15. Qual é o seu parentesco com o(a) idoso(a) que o(a) Sr.(a) cuida?

1. cônjuge/ companheiro(a)
2. filha
3. filho
4. neta
5. neto
6. irmã
7. irmão
8. sobrinha(o)
9. outro. Especifique: _____

16. De quem é a casa onde mora o(a) idoso(a) sendo cuidado(a)?

1. do próprio cuidador
2. do idoso sendo cuidado
3. de outros familiares
4. alugada
5. usufruto do idoso
6. outros. Especifique: _____

Estado de Saúde do familiar cuidador

17. Em geral o(a) Sr.(a), como cuidador(a), diria que a sua saúde está:

1. ótima
2. boa
3. regular
4. ruim
5. péssima

18. Em comparação com os 5 últimos anos o(a) Sr.(a) diria que a sua saúde hoje está:

1. melhor
2. mesma coisa
3. pior

19. Em comparação com as outras pessoas de sua idade o(a) Sr.(a) diria que a sua saúde está:

1. melhor
2. igual
3. pior

20. Atualmente o(a) Sr.(a) está com algum problema de saúde? Quais e há quanto tempo?

_____ há _____ anos e _____ meses
 _____ há _____ anos e _____ meses
 _____ há _____ anos e _____ meses
 _____ há _____ anos e _____ meses

21. Faz tratamento dos seus problemas de saúde?

1. não. Por quê? _____
2. sim

22. Onde costuma fazer os tratamentos de seus problemas de saúde?

1. centro ou posto de saúde/hospital público (SUS)
2. plano de saúde especifique _____
3. serviços particulares, tais como: _____
4. outros. Especifique _____

PARTE II – SOBRE O(A) IDOSO(A) SENDO CUIDADO(A)**Identificação do(a) idoso(a)****24. Sexo:**

1. masculino
2. feminino

25. Qual é a idade do(a) idoso(a)? _____ anos. Data de nascimento: ____/____/____

26. O(a) idoso(a) tem religião?

1. sim
2. não (passe para a questão 28)
3. não sei (passe para a questão 28)

27. Qual é a religião dele(a)? _____ É ou era praticante?

1. sim
2. não
3. não sei

28. Qual é a escolaridade máxima do(a) idoso(a)?

1. nenhuma
2. primária ou até 4ª série
3. ginásio ou 1º grau incompleto (- de 8 anos)
4. ginásio ou 1º grau completo (8 anos)
5. 2º grau incompleto (científico, clássico, normal, técnico de contabilidade, outros)
6. 2º grau completo (idem)
7. superior (faculdade) incompleto
8. superior (faculdade) completo
9. outra. Especificar: _____

29. Estado conjugal atual do(a) idoso(a):

1. solteiro (a) (passe à questão 31)
2. 1º casamento ou morando junto. Há quanto tempo? _____
3. divorciado/separado. Há quanto tempo? _____ (passe à questão 31)
4. viúvo(a). Há quanto tempo? _____ (passe à questão 31)
5. 2º casamento ou morando junto. Há quanto tempo? _____
6. outro. Especifique: _____

30. Em caso de o(a) idoso(a) estar vivendo com o(a) cônjuge ou companheiro(a), qual é a sua idade do cônjuge/companheiro? _____ anos.

31. Quantos filhos(as) adultos(as) o(a) idoso(a) tem e idades respectivas

1. _____ filhas. Idades: _____, _____, _____, _____, _____.

2. _____ filhos. Idades: _____, _____, _____, _____, _____.

3. nenhum.

Condição de Saúde / Doença do(a) idoso(a)

32. Quais são os diagnósticos médicos confirmados do(a) idoso(a)?

1. hipertensão arterial

2. cardiopatia

3. seqüela de AVC

4. câncer de _____

5. diabetes mellitus

6. osteoporose

7. doença de Parkinson

8. outros. Especificar: _____

33. O(a) idoso(a) tem outros problemas ou queixas de saúde? Especifique:

34. Quais são as medicações que o(a) idoso(a) usa atualmente? Especifique cada uma assinalando, se com ou sem receita médica.

MEDICAMENTOS/ REMÉDIOS	Receita Médica	
	Sim	Não

Anexo 4 – Apgar de Família.

APGAR de FAMÍLIA de Smilkstein - Tradução ao português e validação por Duarte, 2001. (a ser respondido pelo(a) idoso(a) em cuidados, sem interferência da família)

Respondente: _____

Aplicador: _____ Data de Aplicação: ____/____/____

“Família” é (são) o(s) indivíduo(s) com o(s) qual(is) você habitualmente vive.

Caso você more sozinho (a), considere família como aquelas pessoas com as quais você tem atualmente os laços emocionais mais fortes.

As seguintes perguntas foram elaboradas para nos ajudar a compreender você e sua família. Sinta-se a vontade para fazer perguntas sobre qualquer questionário.

Os espaços para comentários devem ser usados quando você deseja fornecer informações adicionais ou discutir a maneira pela qual a pergunta se aplica à família.

Por favor, tente responder a todas as perguntas.

Para cada pergunta, assinale apenas um quadradinho.

Questões	Sempre	Quase Sempre	Algumas Vezes	Raramente	Nunca
1-Estou satisfeito (a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa esta me incomodando ou me preocupando.					
Comentários					
2-Estou satisfeito (a) pela maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos problemas.					
3-Estou satisfeito (a) com a maneira que minha família aceita e apóia meus desejos de <u>iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos e direções.</u>					
Comentários					
4-Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.					
Comentários:					
5-Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo.					
Comentários:					

QUEM VIVE EM SUA CASA*?				Por favor assinale a coluna (abaixo) que melhor descreve COMO ATUALMENTE VOCÊ SE DÁ COM CADA MEMBRO DE SUA FAMÍLIA constante da lista		
RELACIONAMENTO PARENTESCO	IDADE	SEXO		BEM	MAIS OU MENOS	MAL
		MASCULINO	FEMININO			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Caso você tenha constituído sua própria família, considere CASA como o lugar onde você vive com seu cônjuge, filho(s) ou outra pessoa significativa; caso contrário, considere CASA como seu lugar de origem, por exemplo, o lugar onde seus pais ou aqueles que o criaram vivem.

** "PESSOA SIGNIFICATIVA" é o(a) parceiro(a) com quem você vive em um relacionamento protetor do ponto de vista físico e emocional, mas com o(a) qual você não está casado(a).

SE VOCÊ MORA SOZINHO(A), POR FAVOR RELACIONE ABAIXO AS PESSOAS A QUEM VOCÊ PROCURA, MAIS FREQUENTEMENTE, QUANDO PRECISA DE AJUDA				Por favor assinale a coluna (abaixo) que melhor descreve COMO ATUALMENTE VOCÊ SE DÁ COM CADA PESSOA constante da lista		
RELACIONAMENTO PARENTESCO	IDADE	SEXO		BEM	MAIS OU MENOS	MAL
		MASCULINO	FEMININO			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(*) "Family APGAR" de Smilkstein 1978, versão em língua portuguesa traduzida/adaptada e validade por Duarte, 2001.

Anexo 5 – Estilo de Vida Individual.

Sujeito: (código) _____

Data de aplicação assistida: _____

Aplicador (a): _____

Local: _____

ESTILO DE VIDA INDIVIDUAL

O *ESTILO DE VIDA* corresponde ao conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, valores e oportunidades das pessoas. Estas ações têm grande influência na saúde geral e qualidade de vida de todos os indivíduos.

Os itens abaixo representam características do estilo de vida relacionadas ao bem-estar individual. Manifeste-se sobre cada afirmação considerando a escala:

- [0] absolutamente não faz parte do seu estilo de vida
- [1] às vezes corresponde ao seu comportamento
- [2] quase sempre verdadeiro no seu comportamento
- [3] a afirmação é sempre verdadeira no seu dia-a-dia; faz parte do seu estilo de vida.

Componente: Nutrição

- a. Sua alimentação diária inclui pelo menos 5 porções de frutas e hortaliças. []
- b. Você evita ingerir alimentos gordurosos (carnes gordas, frituras) e doces. []
- c. Você faz 4 a 5 refeições variadas ao dia, incluindo um bom café da manhã. []

Componente: Atividade Física

- d. Você realiza ao menos 30 minutos de atividades físicas moderadas / intensas, de forma contínua ou acumulada, 5 ou mais dias na semana. []
- e. Ao menos duas vezes por semana você realiza exercícios que envolvam força e alongamento muscular. []
- f. No seu dia-a-dia, você caminha ou pedala como meio de transporte e, preferencialmente, usa as escadas ao invés do elevador. []

Componente: Comportamento Preventivo

- g. Você conhece sua PRESSÃO ARTERIAL, seus níveis de COLESTEROL e procura controlá-los. []
- h. Você NÃO FUMA e NÃO INGERE ÁLCOOL (OU INGERE COM MODERAÇÃO) []
- i. Você respeita as normas de trânsito (como pedestre, ciclista ou motorista); se dirige usa sempre o cinto de segurança e nunca ingere álcool. []

Componente: Relacionamentos

- j. Você procura cultivar amigos e está satisfeito com seus relacionamentos. []
- k. Seu lazer inclui encontros com amigos, atividades esportivas em grupo, participação em associações ou entidades sociais. []
- l. Você procura ser ativo em sua comunidade, sentindo-se útil no seu ambiente social. []

Componente: Controle do Stress

- m. Você reserva tempo (ao menos 5 minutos) todos os dias para relaxar. []
- n. Você mantém uma discussão sem alterar-se, mesmo quando contrariado. []
- o. Você equilibra o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer. []

Avaliação

Escore mínimo = zero; Escore máximo = 45

Ítems	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	Total
Escore																

Este instrumento pode ser reproduzido e utilizado para fins educacionais, ou de pesquisa, desde que citada a fonte: Nahas, MV, Barros, MVG e Franciscini, VL. (2009). O pentágono do bem-estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 8(2), 48-59.

Anexo 6 – Parecer nº051/08.



Campus Prof. João David Ferreira Lima –CEP 88040-900
Trindade - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil | www.cep.ufsc.br / +55 (48) 3721-9206

PARECER CONSUBSTANCIADO – Projeto Nº 051/08

I – Identificação:

- **Título do Projeto:** A DINÂMICA DA FAMÍLIA DE IDOSOS MAIS IDOSOS: O CONVÍVIO E CUIDADOS NA QUARTA IDADE.
- **Pesquisador Responsável:** Lúcia Hisako Takase Gonçalves
- **Pesquisadores Principais:** Juliana Balbinoti
Maria Manoela Martins
Maria Arminda Mendes Costa
Luzia Wilma Santana da Silva
Sandra Helena Isse Polaro
- **Data Coleta dados:** 10-2008 a 03-2009
- **Local onde a pesquisa será conduzida:** Comunidade

II - Objetivos:

Objetivo Geral: Conhecer a dinâmica do funcionamento familiar no contexto das relações de cuidado diuturno entre família cuidadora com membro idoso mais idoso (80 anos de idade ou mais) dependente, em diferentes contextos sócio-culturais.

Objetivos Específicos:

- Identificar as características sócio-demográficas do idoso mais idoso dependente dos cuidados de outrem em contexto familiar e doméstico;
- Conhecer, da perspectiva daquele idoso cuidado, como é sua qualidade de vida e saúde, e como percebe a dinâmica de funcionamento de sua família;
- Identificar as características sócio-demográficas e circunstâncias do cuidado em familiares cuidadores de idosos dependentes sob sua responsabilidade;
- Conhecer, da perspectiva dos familiares cuidadores daqueles idosos, como é sua qualidade de vida e situação de saúde.

III - Sumário do Projeto

Pesquisa do programa de pós-graduação em enfermagem exploratória-descritiva, de natureza diagnóstica-avaliativa e será desenvolvida em diversos contextos sócio-culturais como Florianópolis (sede), Jequié – BA, Belém – PA e a cidade do Porto – Portugal. Serão realizadas diversas etapas de testes com questionários estruturados e de metodologia comprovada, que pretendem avaliar em primeiro momento a qualidade de vida do idoso e depois a adaptação intrafamiliar, a convivência e comunicação, o crescimento e desenvolvimento, o afeto e, por último, a dedicação da família.

Espera-se, com os resultados da pesquisa, provocar discussões avançadas e desenvolvimento de pesquisas de aprofundamento relativas a adequação e eficácia de tecnologias assistivas/cuidativas coerentes com as necessidades do dito extrato populacional

IV - Comentário

A pesquisa apresenta tema atual e relevante, o projeto está bem redigido e fundamentado, os pesquisadores envolvidos estão capacitados ao seu desenvolvimento, os locais da amostra são relevantes para o resultado esperado e o protocolo contém todos os documentos necessários para a análise.

O TCLE está adequado parcialmente, pois apenas indica telefones de contato do CEP e não os das pesquisadoras, não sendo responsabilidade deste conselho acompanhar a pesquisa mas é aplicado no momento correto da pesquisa.

A confidencialidade das informações está garantida e a estrutura contempla todas as necessidade para a aprovação de um projeto nesse conselho.

IV - Comentário-a

O TCLE foi corrigido e segue as instruções desse conselho alterando o parecer inicial de pendência para APROVADO

V – Parecer CEP SH:

☒ (x) com pendência – rever TCLE

VI – Parecer Final:

☒ (X) APROVADO

Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado por unanimidade ou maioria, em reunião deste Comitê na data 28 de julho de 2008



Washington Portela

Coordenadora do CEP SH

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.